

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

ΝΓ **ΕΠΙ ΘΗΤΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ**

ΑΑΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΕΠΙ ΘΗΤΕΙΑ

ΑΠΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ**

6ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,

ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Η ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΤΙΘΕΤΑΙ **ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ**

**ΜΕ ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

ΟΝΟΜΑ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ :\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ :\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ (ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ)

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :

ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή

ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ :

Α.Μ.Κ.Α.:

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΟΔΟΣ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΑΡΙΘΜΟΣ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΠΟΛΗ-ΔΗΜΟΣ- ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Τ.Κ. ΝΟΜΟΣ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΤΗΛΕΦΩΝΑ : (ΣΤΑΘΕΡΟ ΜΕ ΚΩΔΙΚΟ) (ΚΙΝΗΤΟ)

E-mail :

• ΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Βαθμός πτυχίου: (Ακέραιος Δεκαδικός)

Χαρακτηρισμός: (Λίαν καλώς, Άριστα)

(Ημερομηνία &Έτος Κτήσης)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Χώρα προέλευσης πτυχίου)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**• ΕΠΙΔΙΩΚΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ: ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΚΩΔΙΚΟΣ**

**1**.

**2**. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3**. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **5**. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Χωρίς κωδ\* ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ**

**Συνημμένα δικαιολογητικά:** (σύμφωνα με τα απαιτούμενα)

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Παράδειγμα για τη συμπλήρωση των συνημμένων :

1. Αντίγραφο πτυχίου Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου...
2. Βεβαίωση σειράς προτεραιότητας
3.

Με την παρούσα καταθέτω τα παραπάνω δικαιολογητικά, σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. 3 του ν.2690/1999 και δηλώνω υπεύθυνα, γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του ν.1599/1986, όπως ισχύει, ότι α) όλα τα αναγραφόμενα στοιχεία της αίτησης, καθώς και τα συνημμένα σε αυτή δικαιολογητικά είναι ακριβή και αληθή και β) θα προσκομίσω βεβαίωση παραίτησής μου από θέση που τυχόν κατείχα στο Δημόσιο τομέα κατά την ημερομηνία ανάληψης υπηρεσίας ως επί θητεία προσωπικός ιατρός (απαραίτητο δικαιολογητικό στο φορέα ανάληψης υπηρεσίας).

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

 ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

**Οδηγίες:**

* Ως «ΕΠΙ ΘΗΤΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ» χαρακτηρίζεται ο ιατρός που έχει ολοκληρώσει την Υπηρεσία Προσωπικού Ιατρού του Ν.Δ. 67/68 ή έχει νόμιμη απαλλαγή και επιθυμεί, λαμβάνοντας μέρος στην παρούσα Προκήρυξη, να υπηρετήσει για δώδεκα (12) μήνες σε ιατρείο της επιλογής του για δεύτερη, τρίτη ή και περισσότερες φορές.
* Ο υποψήφιος οφείλει, πριν τη συμπλήρωση της αίτησης, να μελετήσει προσεχτικά το σχετικό (26) της Προκήρυξης καθώς και τα απαιτούμενα δικαιολογητικά και τις οδηγίες, που αναφέρονται στο παρόν έντυπο.
* Η επιλογή των ιατρών γίνεται σύμφωνα με το (26) σχετικό της Προκήρυξης.
* Οι προσωπικοί ιατροί (υπόχρεοι και επί θητεία), οι οποίοι έχουν διοριστεί και υπηρετούν ήδη σε Π.Ι. ή Ε.Π.Ι. ή Κ.Υ. ή Γ.Ν. - Κ.Υ. κατά το χρονικό διάστημα υποβολής των αιτήσεων, έχουν δικαίωμα να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής (ως επί θητεία προσωπικοί ιατροί) μόνον εφόσον μέχρι και την τελευταία ημέρα υποβολής των αιτήσεων ολοκληρώνουν την ετήσια θητεία του διορισμού τους.
* Οι υπόχρεοι προσωπικοί ιατροί που βρίσκονται σε παράταση έχουν δικαίωμα υποβολής αίτησης.
* Τα αντίγραφα των απαιτούμενων δικαιολογητικών κατατίθενται σε απλή φωτοτυπία ενώ η αίτηση-υπεύθυνη δήλωση κατατίθεται με πρωτότυπη υπογραφή.
* Ο βαθμός πτυχίου είναι απαραίτητο να αναγράφεται και αριθμητικά (με ακέραιο και δεκαδικό ή κλάσμα).
* Στα αντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και εγγράφων θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (Apostille), που έχει τεθεί στον πρωτότυπο τίτλο ή έγγραφο.
* Τα ξενόγλωσσα πιστοποιητικά πρέπει να κατατίθενται με επίσημη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα, από αρμόδιες προς τούτο αρχές της ημεδαπής.
* Εάν ο υποψήφιος έχει λάβει απόφαση βαθμολογικής αντιστοιχίας πτυχίου από τον Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π., λαμβάνεται υπόψη ο βαθμός της απόφασης. Σε περίπτωση που δεν αναγράφεται στο αντίγραφο του μεταφρασμένου πτυχίου ο βαθμός, και δεν υπάρχει και βαθμολογική αντιστοιχία από τον Δ.Ο.Α.ΤΑ.Π., είναι απαραίτητη η προσκόμιση και του αντιγράφου μεταφρασμένης ξενόγλωσσης βεβαίωσης από το Πανεπιστήμιο προέλευσης από την οποία να προκύπτει ο μέσος όρος όλων των ετών σπουδών.

Επίσης εάν προκύπτει βαθμολογία ,η αντιστοίχιση με αυτή της ημεδαπής, γίνεται σύμφωνα με τα οριζόμενα της αριθμ. Γ4γ/Γ.Π.οικ. 65342 /2024 ΦΕΚ 6984 /Β/ 19-12-2024 άρθρο 5.

* Δεν γίνονται δεκτά από την υπηρεσία μας εκπρόθεσμα κατατεθειμένα δικαιολογητικά.
* Οι Επί Θητεία Προσωπικοί Ιατροί επιλέγουν από όλες τις θέσεις της Προκήρυξης.
* Αίτηση με ελλιπή στοιχεία απορρίπτεται. Σε οποιαδήποτε περίπτωση την ευθύνη για κατάθεση ελλιπών δικαιολογητικών φέρει ο ενδιαφερόμενος. Για το λόγο αυτό δεν έχει δικαίωμα υποβολής ένστασης σε οφειλόμενα στον ίδιο λάθη.

**Προσοχή:** Για τη συμπλήρωση της αίτησης, ο υποψήφιος λαμβάνει υπόψη τον κωδικό της θέσης του ιατρείου και την ημερομηνία εκκένωσης αυτής.

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ, ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**

**Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ**

**Υπάτης 1, Τ.Κ. 26441, ΠΑΤΡΑ**