

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

ΥΠΟΧΡΕΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΧΡΕΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ 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 ΑΡΙΘ. ΠΟΛΗ-ΔΗΜΟΣ-ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ Τ.Κ. ΝΟΜΟΣ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΤΗΛΕΦΩΝΑ : (ΣΤΑΘΕΡΟ ΜΕ ΚΩΔΙΚΟ) (ΚΙΝΗΤΟ)

E-mail :

• ΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ:

Βαθμός πτυχίου \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ακέραιος Δεκαδικός

Χαρακτηρισμός( Καλώς, Λίαν καλώς, Άριστα ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ημερομηνία & Έτος Κτήσης:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Χώρα προέλευσης πτυχίου:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **• ΕΠΙΔΙΩΚΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ: ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΚΩΔΙΚΟΣ**

**1.**

**2.**

1.
2.
3.

**( Η ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ είναι Χωρίς κωδικό )**

• ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ: **Μήνες Φορέας** (Γ.Ν.- Κ.Υ., Κ.Υ - Π.Ι. κ.ο.κ.) **Ειδικότητα ή**

 **Υπηρεσία Προσωπικού Ιατρού\***

\*όταν η προϋπηρεσία αφορά το χρόνο ειδίκευσης , κατατίθεται το δικαιολογητικό της παραγρ. (6) και όταν η προϋπηρεσία αφορά τον χρόνο υπηρεσίας προσωπικού ιατρού , κατατίθεται το δικαιολογητικό της παραγρ. *(5) της παρούσας .*

**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. Αντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου.
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 υπόχρεος προσωπικός ιατρός **(απαραίτητο δικαιολογητικό στο φορέα ανάληψης υπηρεσίας)**.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

**Οδηγίες:**

* Ο υποψήφιος οφείλει, πριν τη συμπλήρωση της αίτησης, να μελετήσει προσεχτικά το σχετικό (26) της Πρόσκλησης, καθώς και τα απαιτούμενα δικαιολογητικά και τις οδηγίες που αναφέρονται στο παρόν έντυπο.
* Τα δηλωθέντα στοιχεία της αίτησης - υπεύθυνης δήλωσης καταχωρούνται αυτούσια εκτός κι αν από τον έλεγχο της υπηρεσίας προκύψουν διαφορετικά δεδομένα.
* Η επιλογή των ιατρών γίνεται σύμφωνα με το (26) σχετικό της Πρόσκλησης.
* 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 εκπρόθεσμα κατατεθειμένα δικαιολογητικά.
* Οι Υπόχρεοι επιλέγουν από όλες τις θέσεις της Πρόσκλησης.
* 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**