



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕ ΘΗΤΕΙΑ

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΙΑΤΡΟΥ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ
ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ – ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ
Γ.Ν. – Κ.Υ.Π.Ε.Δ.Υ. – Κ.Υ.Π.Ε.Δ.Υ. – Π.Ι.

Η ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ και ΚΑΤΑΤΙΘΕΤΑΙ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ : _____

ΟΝΟΜΑ : _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ : _____

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ : _____

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : _____ (ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΩΣ)

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : _____

ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ : _____

Α.Μ.Κ.Α.: _____

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : _____

_____	_____	_____	_____	_____
ΟΔΟΣ	ΑΡΙΘ.	ΠΟΛΗ – ΔΗΜΟΣ - ΚΟΙΝ.	Τ.Κ.	ΝΟΜΟΣ

ΤΗΛΕΦΩΝΑ : (ΜΕ ΚΩΔΙΚΟ) _____

● ΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ:

_____	_____	_____	_____
(Χώρα προέλευσης πτυχίου)	Ακέραιος (Βαθμός πτυχίου)	Δεκαδικός Καλώς, Λίαν καλώς, Άριστα (Χαρακτηρισμός)	(Ημερομηνία & Έτος Κτήσης)

● ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ	<u>Μήνες</u>	<u>Φορέας</u> (Γ.Ν. – Κ.Υ, Κ.Υ, Π.Ι.)	<u>Υπ. Υπαίθρου ή Ειδικότητα</u>
---------------	--------------	---------------------------------------	----------------------------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

● ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΣΕ ΠΑΡΑΤΑΣΗ **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** (Επιλέγεται κατά περίπτωση)

● ΙΑΤΡΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΠΑΙΘΡΟΥ ΣΕ ΠΑΡΑΤΑΣΗ **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** (Επιλέγεται κατά περίπτωση)

(Αν ναι επισημαίνεται η σχετική βεβαίωση)

Η ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ ΑΦΟΡΑ ΣΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΠΑΙΘΡΟΥ

● Πρόσθετα Στοιχεία:

ΠΑΛΙΝΝΟΣΤΗΣΑΣ ΠΟΝΤΙΟΣ ΟΜΟΓΕΝΗΣ ή ομογενής που απέκτησε την Ελληνική Ιθαγένεια

ΝΑΙ **ΟΧΙ** (Επιλέγεται κατά περίπτωση)

Σε περίπτωση απόκτησης Ελληνικής Ιθαγένειας με πολιτογράφηση απαραίτητα πρέπει να αναφέρεται το ΦΕΚ και η ημερομηνία έκδοσής του: _____

● **ΕΠΙΔΙΩΚΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ:**

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

ΚΩΔΙΚΟΣ

A.	_____	_____
B.	_____	_____
Γ.	_____	_____
Δ.	_____	_____
Ε.	_____	_____
ΣΤ.	Νομός	-----

Στην ΣΤ επιλογή αναγράφεται μόνον ο Νομός επιλογής του ιατρού χωρίς κωδικό.

● Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986 και του αρθ.3 παρ.3 του Ν.2690/1999, δηλώνω, ότι: 1) δεν τυγχάνω συνταξιούχος και 2) ότι θα προσκομίσω βεβαίωση παραίτησής μου από θέση που τυχόν κατείχα στο Δημόσιο τομέα κατά την ημερομηνία ανάληψης υπηρεσίας σε θέση ιατρού υπηρεσίας υπαίθρου (απαραίτητο δικαιολογητικό στο φορέα διορισμού)

● Επίσης δηλώνω ότι τα στοιχεία της αίτησης μου καθώς και τα στοιχεία, που αναφέρονται στα επισυναπτόμενα δικαιολογητικά μου είναι ακριβή και αληθή.

● Με την παρούσα **ΑΙΤΗΣΗ** (χορηγείται από την υπηρεσία ή από την επίσημη ιστοσελίδα του Υπουργείου η οποία είναι www.moh.gov.gr), καταθέτω τα παρακάτω απαιτούμενα δικαιολογητικά και φέρω την ευθύνη για την ακρίβειά τους.

1.α.Για ΠΤΥΧΙΑ της ημεδαπής: Αντίγραφο πτυχίου. Σε περίπτωση που στο πτυχίο δεν αναγράφεται η ημερομηνία κτήσης και ο βαθμός, απαραίτητη η προσκόμιση βεβαίωσης από τη γραμματεία του Πανεπιστημίου από τη οποία να προκύπτουν.

β. Για ΠΤΥΧΙΑ, που χορηγήθηκαν από χώρες εκτός της Ε.Ε.: Αντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου – τίτλου στο οποίο να φαίνεται η επικύρωση του πρωτοτύπου, αντίγραφο της μετάφρασής του, αντίγραφο απόφασης ισοτιμίας και αντιστοιχίας και βαθμολόγησης από ΔΙΚΑΤΣΑ ή ΔΟΑΤΑΠ.

γ. Για ΠΤΥΧΙΑ -ΤΙΤΛΟΥΣ, που χορηγήθηκαν από κράτη –μέλη της Ε.Ε.: Αντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου-τίτλου στο οποίο να φαίνεται η επικύρωση του πρωτοτύπου (σφραγίδα της Χάγης), αντίγραφο της μετάφρασής του, αντίγραφο απόφασης ισοτιμίας αντιστοιχίας και βαθμολόγησης από ΔΙΚΑΤΣΑ ή ΔΟΑΤΑΠ, αν αυτή χορηγήθηκε πριν την ένταξη της χώρας στην Ε.Ε.). Σε περίπτωση που δεν αναγράφεται στο πτυχίο ο βαθμός απαραίτητη είναι η προσκόμιση αντιγράφου ξενόγλωσσου βεβαίωσης από το Πανεπιστήμιο προέλευσης από την οποία να προκύπτει και αντιγράφου της μετάφρασής της.

2.α. Βεβαίωση εκπλήρωσης υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου(βεβαίωση του Υπουργείου Υγείας ή βεβαιώσεις των Νοσοκομείων, Π.Ε.Δ.Υ- Κέντρων Υγείας και Δ.Υ.Πε).

β. Βεβαίωση/σεις σειράς προτεραιότητας (από νοσοκομείο/α) με πιθανή ημερομηνία τοποθέτησης για ειδίκευση (ο χρόνος αναμονής θα πρέπει να είναι διάρκειας πλέον των δώδεκα μηνών από την ημερομηνία λήξης της ανακοίνωσης των θέσεων) ή

γ. Αντίγραφο τίτλου ιατρικής ειδικότητας από τη χώρα μας ή κράτους –μέλους της Ε.Ε αναγνωρισμένου από την Περιφέρεια, εφόσον έχει αποκτηθεί

3. Αντίγραφο βεβαίωσης ή άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος στη χώρα μας.

4. Αντίγραφο και των δύο όψεων της **ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ.**

5. (Μόνο για άρρενες) Αντίγραφο πιστοποιητικού στρατολογικής κατάστασης τύπου Α ή βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του Ελληνικού Στρατού. Εάν από το πιστοποιητικό προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή θα πρέπει να υπερβαίνει το έτος από την ημερομηνία λήξης της ανακοίνωσης των θέσεων.

● **ΥΠΟΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ**

1. Ο υποψήφιος πρέπει να συμπληρώσει με σαφήνεια την παραπάνω Αίτηση-Υπεύθυνη δήλωση.
2. Αιτήσεις με ελλιπή στοιχεία δεν λαμβάνονται υπόψη και απορρίπτονται. Επίσης σε περίπτωση που τα στοιχεία της Αίτησης-Υπεύθυνης Δήλωσης δεν είναι ακριβή η υπηρεσία μας καταχωρεί τα στοιχεία που προκύπτουν από τα συνημμένα δικαιολογητικά.
3. Ο βαθμός πτυχίου είναι απαραίτητο να αναγράφεται αριθμητικά (με ακέραιο και δεκαδικό ή κλάσμα)
4. Απαραίτητη είναι η αναγραφή της ημερομηνίας απόκτησης της Ελληνικής ιθαγένειας σύμφωνα με την ημερομηνία δημοσίευσης του σχετικού ΦΕΚ.
5. Όλα τα ξενόγλωσσα πιστοποιητικά απαραίτητως να έχουν επίσημα μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα από αρμόδιες αρχές της ημεδαπής.

6. 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.
7. Επιπλέον δεν γίνονται δεκτά από την υπηρεσία μας εκπρόθεσμα κατατεθειμένα συμπληρωματικά δικαιολογητικά.
8. Τα αντίγραφα των απαραίτητων δικαιολογητικών κατατίθενται χωρίς επικύρωση.

Συνημμένα: (Ολογράφως και αριθμητικώς σύμφωνα με το παρακάτω παράδειγμα)

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

Παράδειγμα για τη συμπλήρωση των συνημμένων :

- 1) Αντίγραφο πτυχίου Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου...
- 2) Αντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας
- 3) Αντίγραφο βεβαίωσης άσκησης ιατρικού επαγγέλματος στη χώρα μας

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ