



- ΚΑΤΕΧΩ ΘΕΣΗ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ : ΝΑΙ  ΟΧΙ  (Επιλέγετε κατά περίπτωση)  
(ανεξάρτητα από τη φύση της σχέσεως εργασίας)

ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ:	<u>Μήνες</u>	<u>Φορέας</u> (Γ.Ν.– Κ.Υ., Κ.Υ – Π.Ι. κ.ο.κ.)	<u>Ειδικότητα ή</u> <u>Υπηρεσία Υπαίθρου *</u>
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

\*όταν η προϋπηρεσία αφορά στο χρόνο ειδίκευσης βλ. προσκόμιση δικαιολογητικού αριθμ (5) και όταν η προϋπηρεσία αφορά στον χρόνο υπηρεσίας υπαίθρου βλ. προσκόμιση δικαιολογητικού αριθμ. (4) της παρούσας

**Συνημμένα δικαιολογητικά: (σύμφωνα με το παρακάτω παράδειγμα)**

Ιατροί που είχαν συμμετάσχει σε Προκήρυξη ή Πρόσκληση Ενδιαφέροντος του Υπουργείου Υγείας από το 2011, καταθέτουν αίτηση χωρίς τα απαιτούμενα δικαιολογητικά (εκτός κι αν τα δικαιολογητικά ήταν ελλιπή, τα οποία και συμπληρώνουν). Απαραίτητη προϋπόθεση σε αυτή την περίπτωση είναι η σαφής αναφορά στην προκήρυξη ή πρόσκληση ενδιαφέροντος που είχε λάβει μέρος ο υποψήφιος (στην οποία και είχε καταθέσει όλα τα δικαιολογητικά), καθώς και σε ποια κατηγορία ιατρών (υπόχρεων ή επί θητεία) έχει συμμετάσχει. Σε διαφορετική περίπτωση ο υποψήφιος ιατρός υποχρεούται να καταθέσει εκ νέου όλα τα δικαιολογητικά.

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

Παράδειγμα για τη συμπλήρωση των συνημμένων :

1. Αντίγραφο πτυχίου Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου.....,
2. Αντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας, κ.ο.κ.

- Με την παρούσα καταθέτω τα παραπάνω δικαιολογητικά, σύμφωνα με το αρθ.3 παρ.3 του ν.2690/1999 και δηλώνω υπεύθυνα, γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του αρθρ.22 του ν.1599/1986, όπως ισχύει και βάσει των διατάξεων της παρ 1 του αρ.1 του ν.1256/1982, όπως ισχύει, ότι: α) όλα τα αναγραφόμενα στοιχεία της αίτησης, καθώς και τα συνημμένα σε αυτή δικαιολογητικά είναι ακριβή και αληθή, β) δεν τυγχάνω συνταξιούχος και γ) θα αποστείλω ηλεκτρονικά βεβαίωση παραίτησης από θέση που τυχόν κατείχα στο Δημόσιο τομέα εντός αποκλειστικής προθεσμίας τριών (3) εργάσιμων ημερών από την ημερομηνία ανάρτησης των οριστικών αποτελεσμάτων στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας και στην ηλεκτρονική Δ/νση: [prosop\\_nr\\_c@moh.gov.gr](mailto:prosop_nr_c@moh.gov.gr) της αρμόδιας υπηρεσίας, προκειμένου να εκδοθεί η απόφαση διορισμού μου.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ \_\_\_\_\_

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ**

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

### Οδηγίες:

- Ο υποψήφιος οφείλει, πριν τη συμπλήρωση της αίτησης, να μελετήσει προσεχτικά το σχετικό (4) της Πρόσκλησης Ενδιαφέροντος 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 (4) σχετικό.
- Τα αντίγραφα των απαιτούμενων δικαιολογητικών κατατίθενται σε απλή φωτοτυπία.
- 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.
- Σε περίπτωση που σε πτυχίο προερχόμενο από κράτος μέλος της Ε.Ε. δεν αναγράφεται ούτε χαρακτηρισμός, ούτε βαθμός και δεν προκύπτει αυτός και από τα κατατεθέντα δικαιολογητικά, θεωρείται από την υπηρεσία ότι ο βαθμός είναι: «5» και ο βαθμολογικός χαρακτηρισμός: «καλώς». Επίσης εάν προκύπτει βαθμολογία η αντιστοίχιση με αυτή της ημεδαπής γίνεται σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παρ. 8 Α της αριθμ. Α2γ/οικ. 26519/6-4-2015(Β' 736) απόφαση.
- Για τη συμπλήρωση της αίτησης ο υποψήφιος λαμβάνει υπόψη μόνο τον κωδικό της θέσης του ιατρού και την ημερομηνία κένωσης αυτής.
- Δεν γίνονται δεκτά από την υπηρεσία εκπρόθεσμα κατατεθειμένα δικαιολογητικά.
- Αίτηση με ελλιπή στοιχεία απορρίπτεται.

### Απαιτούμενα δικαιολογητικά :

#### **1. Αντίγραφο πτυχίου.**

**α. Για ΠΤΥΧΙΑ της ημεδαπής:** Σε περίπτωση που στο αντίγραφο πτυχίο δεν αναγράφεται η ημερομηνία κτήσης του και ο βαθμός είναι απαραίτητη η προσκόμιση βεβαίωσης από τη γραμματεία του Πανεπιστημίου, από την οποία θα προκύπτουν τα αναφερόμενα στοιχεία.

**β. Για ΠΤΥΧΙΑ που χορηγήθηκαν από χώρες εκτός της Ε.Ε.:** Αντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου-τίτλου, 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.:**

Σε περίπτωση, που δεν αναγράφεται στο αντίγραφο του μεταφρασμένου πτυχίου ο βαθμός, απαραίτητη η προσκόμιση και του αντιγράφου μεταφρασμένης ξενόγλωσσας βεβαίωσης από το Πανεπιστήμιο προέλευσης, από την οποία να προκύπτει ο βαθμός.

Σε περίπτωση που το πτυχίο χορηγήθηκε πριν την ένταξη της χώρας στην Ε.Ε. αντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου-τίτλου, αντίγραφο της μετάφρασής του, αντίγραφο απόφασης ισοτιμίας αντιστοιχίας και βαθμολόγησης από ΔΙΚΑΤΣΑ ή ΔΟΑΤΑΠ.

Ειδικά για τις βεβαιώσεις που προέρχονται από τη Σλοβακία γίνονται δεκτές εφόσον είναι στην Αγγλική γλώσσα.

**2.Αντίγραφο ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ** (και των δύο όψεων).Σε περίπτωση απόκτησης της Ελληνικής ιθαγένειας δηλώνεται η ημερομηνία δημοσίευσης του σχετικού ΦΕΚ.

**3. Αντίγραφο ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΤΡΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ τύπου Α' (μόνο για άνδρες),** ή βεβαίωση περί πιθανής ημερομηνίας απόλυσης ή βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του Ελληνικού Στρατού ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής. Εάν από το πιστοποιητικό προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή θα πρέπει να υπερβαίνει το ένα (1) έτος από την ημερομηνία λήξης υποβολής της αίτησης.

**4.** Σε περίπτωση που ο υποψήφιος υποβάλλει αίτηση για συμπλήρωση υπολειπόμενου χρόνου υπηρεσίας υπαίθρου απαραίτητη είναι η πιστοποίηση της εκπαίδευσης του από το Νοσοκομείο και η βεβαίωση του Κέντρου Υγείας για το χρόνο που έχει εκτιθεί, ως υπηρεσία υπαίθρου.

5. Σε περίπτωση που ο υποψήφιος ιατρός διαθέτει ειδικευση είναι απαραίτητη η βεβαίωση: α) του χρόνου ειδικευσης στην Ελλάδα, β) του χρόνου ειδικευσης στο εξωτερικό ή κράτους-μέλους της Ε.Ε, με αναγνώριση στη Ελλάδα γ) της κτήσης τίτλου ειδικότητας στην Ελλάδα, δ) της κτήσης τίτλου ειδικότητας σε κράτος-μέλος της Ε.Ε ή αλλοδαπής αναγνωρισμένου από την Ελλάδα.

6. Για τις κατηγορίες των κοινοτικών υπηκόων που αναφέρονται στην παρ.Β.1. της αριθμ.Α2γ/οικ.26519/06-04-15 (Β'736) απόφαση πλην των Ελλήνων και όσων εμπίπτουν στις περιπτώσεις α, β και γ της ίδιας παραγράφου, απαραίτητη προϋπόθεση διορισμού τους είναι η επαρκής γνώση της Ελληνικής γλώσσας και ιατρικής ορολογίας η οποία βεβαιώνεται πλέον με το πιστοποιητικό ελληνομάθειας επιπέδου Β2 που χορηγείται από το Διδασκαλείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών ή από το Σχολείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, σύμφωνα με το άρθρο 2,παρ. στ. της αρ.Α2δ/ΓΠ οικ.9106/2016,απόφασης (Β'314).Στην περίπτωση που ο υποψήφιος διαθέτει πιστοποιητικό ελληνομάθειας από το Κ.Ε.Σ.Υ. κατατίθεται με τα υπόλοιπα δικαιολογητικά.

Οι αιτήσεις κατατίθενται στο Πρωτόκολλο του Υπουργείου Υγείας, ή αποστέλλονται ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή, καθώς και με υπηρεσία ταχυμεταφοράς (courier) στην παρακάτω διεύθυνση:

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ  
ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ  
Δ/ΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ Ν.Π.  
ΤΜΗΜΑ Γ'  
Αριστοτέλους 17  
Τ.Κ.: 10433 Αθήνα