



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ
ΝΟΜΙΚΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ
ΤΜΗΜΑ Γ'

ΜΕ ΘΗΤΕΙΑ *

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ
ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΠΑΙΘΡΟΥ ΕΠΙ ΘΗΤΕΙΑ ΓΙΑ
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΑΡ.ΠΡΩΤ.: Α2γ/Γ.Π.
Οικ.....ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ

Η ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ και ΚΑΤΑΤΙΘΕΤΑΙ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ

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- ΚΟΙΝ. Τ.Κ. ΝΟΜΟΣ

ΤΗΛΕΦΩΝΑ : (ΣΤΑΘΕΡΟ ΜΕ ΚΩΔΙΚΟ) _____ (ΚΙΝΗΤΟ) _____

● ΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ:

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

● ΕΠΙΔΙΩΚΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ:

	<u>ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ</u>	<u>ΚΩΔΙΚΟΣ</u>
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____
8.	_____	_____
9.	_____	_____
10.	Νομός : _____	Χωρίς κωδ.*

*Στην 10η επιλογή αναγράφεται
μόνον ο Νομός επιλογής του
ιατρού χωρίς κωδικό.

- Για ειδικότητα αποκτηθείσα στην αλλοδαπή προσκομίζεται απόφαση αναγνώρισης στην Ελλάδα.
- Για ειδικότητα αποκτηθείσα στην Ελλάδα προσκομίζεται σχετική βεβαίωση.

• ΠΡΟΥΨΗΡΕΣΙΑ	<u>Μήνες</u>	<u>Φορέας</u> (Γ.Ν. – Κ.Υ. Κ.Υ – Π.Ι.)	<u>Υπ. Υπαίθρου ή Ειδικότητα*</u>

Η ΠΡΟΥΨΗΡΕΣΙΑ ΑΦΟΡΑ ΣΤΟ ΧΡΟΝΟ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ Ή ΣΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΠΑΙΘΡΟΥ

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

(Αν ναι επισυνάπτεται ην σχετική βεβαίωση).

Συνημμένα: (Ολογράφως και αριθμητικά 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

Με την παρούσα καταθέτω τα παραπάνω δικαιολογητικά και δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα αναγραφόμενα στοιχεία της αίτησης, καθώς και τα συνημμένα σε αυτή είναι ακριβή και αληθή.

• 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, ως ιατρός υπηρεσίας υπαίθρου επί θητεία (**απαραίτητο δικαιολογητικό στο φορέα ανάληψης υπηρεσίας**).

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Οδηγίες:

- Ο υποψήφιος οφείλει, πριν τη συμπλήρωση της αίτησης, να μελετήσει προσεχτικά το σχετικό (6) της προκήρυξης 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 (6) σχετικό.
- Οι ιατροί υπηρεσίας υπαίθρου (υπόχρεοι και επί θητεία), οι οποίοι υπηρετούν ήδη σε Π.Ε.Δ.Υ. – Π.Ι. ή Π.Ε.Δ.Υ. –Ε.Π.Ι. ή Π.Ε.Δ.Υ. – Κ.Υ. ή Γ.Ν. – Κ.Υ. κατά το χρονικό διάστημα υποβολής των αιτήσεων, έχουν δικαίωμα να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής (ως ιατροί επί θητεία) μόνον εφόσον μέχρι και την τελευταία ημέρα υποβολής των αιτήσεων ολοκληρώνουν την ετήσια θητεία του διορισμού τους.
- 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 και από τα κατατεθέντα δικαιολογητικά, θεωρείται από την υπηρεσία ότι ο βαθμός είναι: «5» και ο βαθμολογικός χαρακτηρισμός: «καλώς». Επίσης εάν προκύπτει βαθμολογία η αντιστοιχισή 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 του τον κωδικό της θέσης του ιατρού και την ημερομηνία κένωσης αυτής.(Ο χαρακτηρισμός των θέσεων Α,Β,Γ κ.τ.λ. αφορά το μηχανογραφικό σύστημα της υπηρεσίας μας και μόνο).
 - Δεν γίνονται δεκτά από την υπηρεσία μας εκπρόθεσμα κατατεθειμένα δικαιολογητικά.
 - Αίτηση με ελλιπή στοιχεία απορρίπτεται.

Απαιτούμενα δικαιολογητικά :

1. Αντίγραφο ΠΤΥΧΙΟΥ.

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. ΒΕΒΑΙΩΣΗ/ΣΕΙΣ ΣΕΙΡΑΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ (από νοσοκομείο), που θα προκύπτει η πιθανή ημερομηνία τοποθέτησης για ειδικευση (ο χρόνος αναμονής θα πρέπει να είναι πλέον των δώδεκα μηνών από την ημερομηνία λήξης της υποβολής αιτήσεων της παρούσας προκήρυξης), ή τίτλο ιατρικής ειδικότητας της ημεδαπής ή κράτους-μέλους της Ε.Ε., αναγνωρισμένου από την οικεία Περιφέρεια ή υπεύθυνη δήλωση παραίτησης από θέση ειδικευσης, ή μη επιθυμίας έναρξης ειδικότητας ή ολοκλήρωσης του χρόνου ειδικευσης και αναμονή της εξεταστικής περιόδου για κτήση του τίτλου ειδικότητας.

3.Αντίγραφο ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ (και των δύο όψεων).Σε περίπτωση

απόκτησης της Ελληνικής ιθαγένειας δηλώνεται η ημερομηνία δημοσίευσης του σχετικού ΦΕΚ.

4. Αντίγραφο ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΤΡΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ τύπου Α΄(μόνο για άνδρες), 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 της υποβολής αίτησης.

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, με αναγνώριση στη Ελλάδα γ) κτήσης τίτλου ειδικότητας στην Ελλάδα, δ) κτήσης τίτλου ειδικότητας σε κράτος-μέλος της Ε.Ε αναγνωρισμένου από την οικεία Περιφέρεια.

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 εμπíπτουν 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.

(*) Σημείωση 1η: Ιατρός «**ΜΕ ΘΗΤΕΙΑ**» χαρακτηρίζεται ο ιατρός, που έχει ολοκληρώσει την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου του Ν.Δ. 67/68 και επιθυμεί, λαμβάνοντας μέρος στη παρούσα προκήρυξη, να υπηρετήσει για δώδεκα (12) μήνες σε ιατρείο για δεύτερη, τρίτη ή και περισσότερες φορές.

(*) Σημείωση 2η: Ο υποψήφιος ιατρός «**ΜΕ ΘΗΤΕΙΑ**» επιλέγει **μόνο** τις θέσεις που φέρουν την ένδειξη «**Θ**».

Οι αιτήσεις μπορούν να κατατίθενται στο Πρωτόκολλο του Υπουργείου Υγείας, ή να αποστέλλονται ταχυδρομικά, 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