



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΙΑΤΡΩΝ, ΛΟΙΠΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ Β΄

Ταχ.Δ/νση : Μακεδονίας 8  
Ταχ. Κώδικας: 10433-Αθήνα  
Πληροφορίες: Σ.Κωνσταντή  
Τηλέφωνο : 2108208839  
e-mail: dey\_b@moh.gov.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Αθήνα, 14 - 11 - 2024  
Αρ. Πρωτ. Γ5β/ Γ.Π. 59335

ΠΡΟΣ  
Όπως ο πίνακας διανομής

#### ΑΠΟΦΑΣΗ

**Θέμα:** «Ορισμός ημερομηνίας διενέργειας εξετάσεων περιόδου **Δεκεμβρίου 2024** υποψηφίων:

α) Φυσικού Νοσοκομείου – Ακτινοφυσικού Ιατρικής και  
β) Φυσικού Νοσοκομείου εκτός της περιοχής ιοντιζουσών ακτινοβολιών  
Προθεσμία υποβολής δικαιολογητικών για τη συμμετοχή στις εξετάσεις και διαδικασία ελέγχου αυτών».

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

α. του άρθρου 34 του ν. 4058/2012 «Παροχή ασφαλείας από ένοπλους φρουρούς σε εμπορικά πλοία και άλλες διατάξεις (Α΄ 63)».

β. του π.δ. 121/2017 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας» (Α΄148 ), όπως ισχύει.

γ. του π.δ. 79/2023 «Διορισμός Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών» (Α΄131).

2. Την υπό στοιχεία Α1β/Γ.Π. 34842/29-5-2019 Απόφαση με θέμα: «Τροποποίηση (2) της υπ΄ αριθμ. Α1β/Γ.Π. οικ. 13548/15.2.2018 Απόφασης, με θέμα «Ανασυγκρότηση Επιτροπής για τη χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος Φυσικών Νοσοκομείων – Ακτινοφυσικών Ιατρικής».

3. Την υπό στοιχεία 37310/9-7-2023 απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Υγείας, Μάριο Θεμιστοκλέους» (Β΄4435).

4. Την υπό στοιχεία Α1ε/Γ.Π. οικ. 41897/3-8-2023 απόφαση του Υφυπουργού Υγείας «Εξουσιοδότηση υπογραφής εγγράφων «Με εντολή Υφυπουργού Υγείας» στους Προϊσταμένους Οργανικών Μονάδων του Υπουργείου Υγείας» (ΑΔΑ: 6ΨΘ1465ΦΥΟ-ΠΩΨ).

5. Την αρ. Υ7α/Γ.Π. οικ. 13475/11-2-2014 Εγκύκλιο με θέμα «Καθορισμός δικαιολογητικών, διαδικασίας, όρων και προϋποθέσεων για την άσκηση επαγγέλματος α) Φυσικού Νοσοκομείου-Ακτινοφυσικού Ιατρικής και β) Φυσικού Νοσοκομείου εκτός της περιοχής Ιοντιζουσών Ακτινοβολιών».

**ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ**

1. Ορίζουμε ημερομηνία διενέργειας των εξετάσεων για την απόκτηση βεβαίωσης επιτυχίας **Φυσικού Νοσοκομείου –Ακτινοφυσικού Ιατρικής, τη Δευτέρα 16-12-2024 και ώρα 10.00**. Οι εξετάσεις θα διεξαχθούν στην Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, κτίριο Ανατομίας, Μικράς Ασίας 75, Γουδή, Αθήνα.
2. Ορίζουμε ημερομηνία διενέργειας των εξετάσεων για την απόκτηση βεβαίωσης επιτυχίας **Φυσικού Νοσοκομείου εκτός της περιοχής των ιοντιζουσών ακτινοβολιών, την Τρίτη 17-12-2024 και ώρα 10.00**. Οι εξετάσεις θα διεξαχθούν στην Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, κτίριο Ανατομίας, Μικράς Ασίας 75, Γουδή, Αθήνα.
3. Ορίζουμε **προθεσμία υποβολής δικαιολογητικών για τη συμμετοχή στις ανωτέρω εξετάσεις έως και την Παρασκευή 29/11/2024**.

Οι αιτήσεις και τα δικαιολογητικά, τα οποία έχουν καθοριστεί με την αριθ. Υ7α/Γ.Π.οικ. 13475/11-2-2014 εγκύκλιό μας, υποβάλλονται στις αρμόδιες Υπηρεσίες των Περιφερειακών Ενοτήτων της χώρας.

Για κάθε επάγγελμα απαιτείται ξεχωριστή αίτηση συνοδευόμενη με τα προβλεπόμενα, από την ανωτέρω εγκύκλιο, δικαιολογητικά.

Μετά από σχετικό έλεγχο οι αρμόδιες Υπηρεσίες των Περιφερειακών Ενοτήτων των Περιφερειών της χώρας συντάσσουν κατάσταση μόνο για όσους πληρούν τις προϋποθέσεις για τη συμμετοχή τους στις εξετάσεις (ν. 4058/2012 άρθρο 34, Α' 63, και την αριθ. Υ7α/Γ.Π. 13475/11-2-2014 Εγκύκλιο).

Στην κατάσταση θα αναφέρονται τα ακόλουθα:

**Α. Φυσικοί Νοσοκομείου – Ακτινοφυσικοί Ιατρικής.  
(ΠΙΝΑΚΑΣ 1)**

1. Το ονοματεπώνυμο και το τηλέφωνο του υποψηφίου.
2. Το όνομα πατρός.
3. Ο αριθμός πρωτοκόλλου και η ημερομηνία της αίτησης συμμετοχής.
4. Το πτυχίο και η ημερομηνία απόκτησης, καθώς και η απόφαση αναγνώρισης ΔΟΑΤΑΠ (όπου απαιτείται). Για τους κατόχους διπλώματος της Σχολής Εφαρμοσμένων Μαθηματικών και Φυσικών Επιστημών του Ε.Μ.Π. με κατεύθυνση Εφαρμοσμένης Φυσικής και το πιστοποιητικό της Σχολής, από το οποίο προκύπτει η κατεύθυνση (ο αριθμός πρωτοκόλλου και η ημερομηνία έκδοσής του).
5. Ο μεταπτυχιακός τίτλος και η ημερομηνία απόκτησής του (για τους κατόχους μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών της αλλοδαπής και η πράξη ισοτιμίας αυτού).
6. Πρακτική άσκηση για κάθε ενότητα ξεχωριστά [Νοσοκομείο και χρονική διάρκεια πρακτικής άσκησης υποψηφίου (από ..... έως...)].

**Β. Φυσικοί Νοσοκομείου εκτός της περιοχής Ιοντιζουσών Ακτινοβολιών.  
(ΠΙΝΑΚΑΣ 2)**

1. Το ονοματεπώνυμο και το τηλέφωνο του υποψηφίου.
2. Το όνομα πατρός.
3. Ο αριθμός πρωτοκόλλου και η ημερομηνία της αίτησης συμμετοχής.

4. Το πτυχίο και η ημερομηνία απόκτησης, καθώς και η απόφαση αναγνώρισης ΔΟΑΤΑΠ (όπου απαιτείται). Για τους κατόχους διπλώματος της Σχολής Εφαρμοσμένων Μαθηματικών και Φυσικών Επιστημών του Ε.Μ.Π. με κατεύθυνση Εφαρμοσμένης Φυσικής και το πιστοποιητικό της Σχολής, από το οποίο προκύπτει η κατεύθυνση (ο αριθμός πρωτοκόλλου και η ημερομηνία έκδοσής του).
5. Ο μεταπτυχιακός τίτλος και η ημερομηνία απόκτησής του (για τους κατόχους μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών της αλλοδαπής και η πράξη ισοτιμίας αυτού).

Οι πρωτότυπες αιτήσεις και τα δικαιολογητικά των υποψηφίων παραμένουν στις Περιφερειακές Ενότητες των Περιφερειών της χώρας.

Οι ανωτέρω καταστάσεις, οι οποίες θα συνοδεύονται υποχρεωτικά με φωτοτυπία της αίτησης και των δικαιολογητικών, θα πρέπει να φέρουν οπωσδήποτε υπογραφή και σφραγίδα της Υπηρεσίας και **πρέπει να έχουν διαβιβασθεί στην Υπηρεσία μας** (με τη μορφή συνημμένου πίνακα) με ημερομηνία αποστολής **το αργότερο μέχρι και την Τρίτη 10/12/2024** με την ένδειξη **ΕΠΕΙΓΟΝ**, προκειμένου να συνταχθούν εγκαίρως οι τελικές καταστάσεις υποψηφίων.

**Έγγραφο ενημέρωση θα αποστείλουν και οι Υπηρεσίες, που δεν έχουν υποψηφίους.**

Στο σημείο αυτό εφιστούμε την προσοχή των ανωτέρω αρμοδίων Υπηρεσιών τόσο για την απαρέγκλιτη τήρηση των ως άνω τεθέντων αποκλειστικών προθεσμιών, όσο και για τον έλεγχο των δικαιολογητικών.

Σε αντίθετη περίπτωση, οι υποψήφιοι θα στερηθούν τη δυνατότητα της συμμετοχής τους στις εξετάσεις.

**Συνημμένα :** πίνακες δύο (2).

**ΜΕ ΕΝΤΟΛΗ ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΥ ΥΓΕΙΑΣ  
Η ΑΝ. ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ Δ/ΝΣΗΣ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΤΖΩΡΤΖΗ**

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ**

##### **Α. ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΠΡΟΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑ**

*Όλες τις Περιφέρειες της χώρας (με την παράκληση να ενημερώσουν τις Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των Περιφερειακών Ενοτήτων αρμοδιότητάς τους).*

##### **Β. ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΠΡΟΣ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ**

##### **ΕΝΩΣΗ ΦΥΣΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**

Καρνεάδου 44-46

10676-Αθήνα

##### **Γ. ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:**

1. Γραφείο Υφυπουργού Υγείας
2. Γραφείο Γενικής Γραμματέα Υπηρεσιών Υγείας
3. Γραφείο Αν. Προϊστάμενης Γενικής Διεύθυνσης Υπηρεσιών Υγείας
4. Δ/νση Γ5β (2)

## Π Ι Ν Α Κ Α Σ 1

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ:

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ:

**ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΣΤΙΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΦΥΣΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ –  
ΑΚΤΙΝΟΦΥΣΙΚΟΥ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

Α/Α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΙ ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΚΑΙ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ	ΠΤΥΧΙΟ ΚΑΙ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ Ή ΑΠΟΦΑΣΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΔΟΑΤΑΠ	Ο ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΚΑΙ Η ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΤΟΥ	ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ (ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Ο ΣΥΝΤΑΞΑΣ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

Ο/Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝ..... ΤΗΣ Δ/ΝΣΗΣ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΣΦΡΑΓΙΔΑ)

## Π Ι Ν Α Κ Α Σ 2

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ:

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ:

**ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΣΤΙΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΦΥΣΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ  
ΕΚΤΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΙΟΝΤΙΖΟΥΣΩΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΩΝ**

Α/Α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΙ ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ  (1)	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ  (2)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΚΑΙ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ  (3)	ΠΤΥΧΙΟ ΚΑΙ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ Ή ΑΠΟΦΑΣΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΔΟΑΤΑΠ  (4)	Ο ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΚΑΙ Η ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΤΟΥ  (5)

Ο ΣΥΝΤΑΞΑΣ

Ο/Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝ..... ΤΗΣ Δ/ΝΣΗΣ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΣΦΡΑΓΙΔΑ)