

(ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ)

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

A).....

B).....

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

ΑΝΤΙ

ΠΙΣΤ/ΚΟ

ΑΓΟΝΟ ΑΓΡΟΤΙΚΟ

**ΑΙΤΗΣΗ
ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ ΙΑΤΡΩΝ ΠΡΟΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΠΡΟΣ
ΤΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ**ΟΝΟΜΑ:**.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ :..... **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ**

ΟΔΟΣ: **ΑΡΙΘΜΟΣ:**..... **ΠΟΛΗ:**

Τ. Κ.:**ΤΗΛ:****ΚΙΝΗΤΟ:**.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**ΗΜΕΡ. ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΟΥ**...../...../.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**/...../.....

Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡ **ΤΟΜΕΑΣ**.....

Παρακαλώ για την τοποθέτησή μου στο νοσοκομείο στην ειδικότητα
..... στην θέση εμμίσθου ειδικευομένου βοηθού γιατρού για έναρξη ή
συνέχιση της εκπαίδευσής μου για την απόκτηση του τίτλου της Ιατρικής ειδικότητας της
.....

Συνηποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά :

A).....

B).....

Γ).....

Δ).....

E).....

ΣΤ).....

(Πόλη - Ημερομηνία).....

Ο/Η ΑΙΤ.....

.....
(υπογραφή)

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ

Δικαίωμα εγγραφής σε λίστες ειδίκευσης έχουν οι κάτωθι:

- Πολίτες κρατών της Ε.Ε (ή κρατών με ειδική σύνδεση με την Ε.Ε.)
- Ομογενείς (κατέχοντες δελτίο ταυτότητας ομογενούς ή άδειας διαμονής ομογενούς)
- Υπήκοοι τρίτων χωρών
 1. Μέλη οικογένειας πολίτη της Ε.Ε. (ή κρατών με ειδική σύνδεση με την Ε.Ε.)
 2. Κατέχοντες ένα από τα κάτωθι:
 - α. Δελτίο μόνιμης διαμονής
 - β. Προσωποπαγή άδεια διαμονής
 - γ. Άδεια επί μακρόν διαμένοντος
 - δ. Άδεια διαμονής δεύτερης γενιάς
 - ε. Μπλε κάρτα της Ε.Ε

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση
2. Υπεύθυνη Δήλωση Γενικής Χρήσης
3. **Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος ή βεβαίωση άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.**
4. **Για πτυχιούχους της ημεδαπής:** Φωτοαντίγραφο πτυχίου ή βεβαίωση της Γραμματείας του Πανεπιστημίου από την οποία να προκύπτει ότι ο ιατρός έχει καταστεί πτυχιούχος. Σε περίπτωση που στο πτυχίο δεν αναγράφεται η ημερομηνία κτήσης αυτού, είναι απαραίτητη η προσκόμιση βεβαίωσης από την Γραμματεία του Πανεπιστημίου από την οποία να προκύπτει η εν λόγω ημερομηνία.
5. **Για πτυχία που χορηγήθηκαν από κράτη - μέλη της Ε.Ε:** Φωτοαντίγραφο του επικυρωμένου ξενόγλωσσου πτυχίου με φωτοαντίγραφο της επίσημης μετάφρασης του. Σε περίπτωση που στο πτυχίο δεν αναγράφεται η ημερομηνία κτήσης αυτού, είναι απαραίτητη η προσκόμιση βεβαίωσης (ξενόγλωσσης και επίσημα μεταφρασμένης) από τη Γραμματεία του Πανεπιστημίου από την οποία να προκύπτει η εν λόγω ημερομηνία.
6. **Για τους πολίτες της Ε.Ε. ή τρίτων χωρών** (πλην Κυπρίων υπηκόων) κατόχους πτυχίου ιατρικής κράτους-μέλους χώρας της Ε.Ε. απαιτείται επιπλέον πιστοποιητικό γνώσης της Ελληνικής γλώσσας και της ιατρικής ορολογίας που χορηγείται από το Υπουργείο Υγείας ή εναλλακτικά φωτοαντίγραφο τίτλου Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. (Δ.Ι.Κ.Α.Τ.Σ.Α.) περί ισοτιμίας και αντιστοιχίας με τα απονεμόμενα των Ιατρικών Σχολών της χώρας. (Απαραίτητη η επικοινωνία με την Υπηρεσία μας για τυχόν εξαιρέσεις)
7. **Για πτυχία που χορηγήθηκαν από χώρες εκτός Ε.Ε:** Φωτοαντίγραφο του επικυρωμένου ξενόγλωσσου πτυχίου με φωτοαντίγραφο της απόφασης του ΔΟΑΤΑΠ (ΔΙΚΑΤΣΑ) περί ισοτιμίας και αντιστοιχίας με τα απονεμόμενα των Ιατρικών Σχολών της χώρας.
8. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου.

9. **Για τους πολίτες κρατών της Ε.Ε. (ή κρατών με ειδική σύνδεση με την Ε.Ε.):** Βεβαίωση εγγραφής ευρωπαίου πολίτη ή Άδεια διαμονής κοινοτικού υπηκόου.
10. **Για ομογενείς:** Δελτίο ταυτότητας ομογενούς, ή Άδεια διαμονής ομογενούς (σύμφωνα με τα άρθρα 80 και 81 του Ν. 4251/2014 ΦΕΚ 80 τ.Α΄)
11. **Για υπηκόους τρίτων χωρών μελών οικογένειας πολίτη της Ε.Ε.:** Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
12. **Για υπηκόους τρίτων χωρών:** Δελτίο μόνιμης διαμονής υπηκόων τρίτων χωρών (άρθρα 83 και 85 του Ν. 4251/2014) ή Προσωποπαγής άδεια διαμονής υπηκόων τρίτων χωρών (άρθρα 84 και 85 του Ν. 4251/2014) ή Άδεια επί μακρόν διαμένοντος υπηκόου τρίτης χώρας (άρθρα 88 και 97 του Ν. 4251/2014) ή Άδεια διαμονής δεύτερης γενιάς (άρθρο 108 του Ν.4251/2014) ή κατοχή μπλε κάρτας της Ε.Ε. (άρθρο 114 του Ν. 4251/2014).
13. **Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου και πιστοποιητικό ευδόκιμης άσκησης για το διάστημα της προεκπαίδευσης στο νοσοκομείο (εφ' όσον ο ιατρός έχει υπηρετήσει την υπηρεσία υπαίθρου).**
14. Πιστοποιητικό/ά νοσοκομείου/ών ή Κ.Ε.Σ.Υ. για κάθε προϋπηρεσία ειδίκευσης του ιατρού.
15. **Εφ' όσον η αίτηση αφορά τοποθέτηση στην κύρια ειδικότητα, απαραίτητη είναι η δήλωση του αριθμού πρωτοκόλλου της απόφασης τοποθέτησης στο προκαταρκτικό στάδιο. (με την εξαίρεση των αιτήσεων υπηρετούντων σε άγονο αγροτικό ή εχόντων εκπληρώσει το προκαταρκτικό στάδιο με την προσκόμιση του σχετικού πιστοποιητικού).**

Καταχώρηση ιατρών για συμμετοχή σε κλήρωση νέας θέσης ειδικότητας.

Οι αναλυτικές προϋποθέσεις συμμετοχής σε κλήρωση νέας θέσης ειδικότητας περιγράφονται στη σχετική προκήρυξη της κλήρωσης. Η Υπεύθυνη Δήλωση Γενικής Χρήσης αντικαθίσταται για την περίπτωση από την Υπεύθυνη Δήλωση Κληρώσεων.

Οι αιτήσεις (με συνημμένα τα προβλεπόμενα δικαιολογητικά) που έχουν παραληφθεί μέσω **e-mail στο (v.karra@pdm.gov.gr)** υποχρεωτικά θα υποβάλλονται εντός πέντε (5) εργάσιμων ημερών ΚΑΙ ΣΕ ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ ΕΝΤΥΠΗ ΜΟΡΦΗ αυτοπροσώπως στην ανωτέρω Υπηρεσία ή ταχυδρομικώς ή με courier στην εξής διεύθυνση:

*Δ/ση Δημόσιας Υγείας Π.Δ.Μ
Τμήμα Υπηρεσιών & Επαγγελματιών Υγείας
Δημοκρατίας 27
Τ.Κ: 50131
Κοζάνη
Υπ' όψιν : κας Καρρά Βαϊτσας, γραφείο 19, ισόγειο*

ΤΗΛ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ : 2461351133

Λόγω της πολυπλοκότητας της νομοθεσίας η Υπηρεσία μας επιφυλάσσεται να ζητήσει επιπλέον δικαιολογητικά σε ειδικές περιπτώσεις.

Ακολουθούν οι ανωτέρω αναφερόμενες στα δικαιολογητικά Υ.Δ.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ
(άρθρο 8 Ν. 1599/86)

Προς
Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας Περιφέρειας Δυτικής Μακεδονίας

Ο-Η Όνομα _____ Επώνυμο _____

Όνομα & Επώνυμο Πατέρα _____

Όνομα & Επώνυμο Μητέρας _____

Ημερομηνία Γέννησης _____ Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας _____

Τόπος κατοικίας _____ Οδός _____ Αριθ. _____ Τ.Κ. _____

Τηλέφωνο _____ Κινητό _____

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας για τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/86, δηλώνω ότι:

1. A) Δεν κατέχω έμμισθη θέση ειδικευόμενου.
 B) Κατέχω θέση αγροτικού ιατρού και θα παραιτηθώ όταν τοποθετηθώ για ειδίκευση.
 Γ) Κατέχω θέση άγονου αγροτικού στο _____

Ανέλαβα υπηρεσία την _____ και περατώνω την _____.

- Δ) Κατέχω έμμισθη θέση ειδικευόμενου (ή έχω τοποθετηθεί για ειδίκευση).

2. A) Έχω ασκηθεί για ειδικότητα _____

- B) Δεν έχω ασκηθεί για ειδικότητα _____

3. A) Έχω υποβάλει άλλη αίτηση για ειδικότητα _____

- B) Δεν έχω υποβάλει άλλη αίτηση για ειδικότητα _____

-
-
4. Κατέχω έμμισθη θέση (ή έχω τοποθετηθεί για ειδίκευση) με την υπ' αριθμ. _____ Υπουργική Απόφαση σε θέση έμμισθου ειδικευόμενου στην ειδικότητα της _____ και στο Νοσοκομείο _____ και τελειώνω την προκαταρκτική μου άσκηση την _____ οπότε και υποχρεούμαι να προσκομίσω το πιστοποιητικό ευδόκιμης άσκησης που χορηγεί η Επιστημονική Επιτροπή του Νοσοκομείου, προκειμένου εφ' όσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις διορισμού, να τοποθετηθώ για ειδίκευση _____ στην _____
5. Υποχρεούμαι να υποβάλω Υ. Δ. όπου θα αναγράφεται ο χρόνος περάτωσης της ειδικότητας της _____ όταν διοριστώ στο Νοσοκομείο _____. Μετά την περάτωση της υποχρεούμαι να προσκομίσω πιστοποιητικό ευδόκιμης άσκησης που χορηγεί η Επιστημονική Επιτροπή του Νοσοκομείου, προκειμένου εφ' όσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις διορισμού, να τοποθετηθώ _____ για _____ ειδίκευση _____ στην _____
6. Λαμβάνω γνώση ότι για ειδικότητες που αποτελούνται από δύο στάδια ειδίκευσης, υποχρεούμαι να προσκομίσω πιστοποιητικό ευδόκιμης άσκησης ειδίκευσης για το προκαταρκτικό στάδιο ειδίκευσης μέσα στις προθεσμίες που τίθενται από την κείμενη νομοθεσία ώστε να προκύψουν οι προϋποθέσεις διορισμού μου για το κύριο στάδιο ειδίκευσης.
7. Δεν έχω συμπληρώσει χρόνο άσκησης για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας.
8. α) Έχω Ελληνική υπηκοότητα.
β) Έχω υπηκοότητα _____ κράτους μέλους της Ε. Ένωσης. (ή κράτους με ειδική σύνδεση με την Ε. Ένωση).
γ) Έχω υπηκοότητα _____ και είμαι μέλος οικογένειας υπηκόου της Ε. Ένωσης.
δ) Έχω υπηκοότητα _____ και είμαι ομογενής (κατέχω δελτίο ομογενούς ή άδεια παραμονής).
ε) Έχω υπηκοότητα _____ (τρίτης χώρας).

Ημερομηνία _____

Ο-Η Δηλ_____

ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΣΥΝΟΔΕΥΕΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΤΙΣ ΑΙΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΟΣΤΕΛΛΟΝΤΑΙ ΜΕ FAX

**ΠΡΟΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
FAX ΑΠΟΔΕΚΤΗΣ: 24610 47201**

ΕΠΙΘΕΤΟ:

.....

ΟΝΟΜΑ:

.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΟΔΟΣ/ΑΡΙΘΜΟΣ:

.....

ΤΑΧ.ΚΩΔ.:

.....

ΠΟΛΗ:

.....

ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ.:

.....

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.:

.....

ΑΡ. FAX ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ:

.....

**ΣΑΣ ΑΠΟΣΤΕΛΛΩ ΑΙΤΗΣΗ ΜΟΥ ΚΑΙ
ΛΟΙΠΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΕΓΓΡΑΦΗ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΛΙΣΤΑ ΤΗΣ
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ:**

.....

.....

ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ:

.....

.....

.....

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΣΤΟ ΠΑΡΟΝ:

.....

.....

.....

.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΩΝ:

.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:/...../.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

.....

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΚΛΗΡΩΣΕΩΝ
(ΑΡΘΡΟ 8 Ν.1599/86)

Προς: Δ/νση Δημόσιας Υγείας Περιφέρειας Δυτικής Μακεδονίας

Ο-Η Όνομα _____ Επώνυμο _____

Όνομα & Επώνυμο Πατέρα _____

Όνομα & Επώνυμο Μητέρας _____

Ημερομηνία Γέννησης _____ Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας _____

Τόπος κατοικίας _____ Οδός _____ Αριθ. _____ Τ.Κ. _____

Τηλέφωνο _____ Κινητό _____

Με ατομική μου ευθύνη & γνωρίζοντας για τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

1. Κατέχω - Δεν κατέχω έμμισθη θέση

2. Έχω - Δεν έχω υποβάλλει άλλη αίτηση για ειδίκευση

3. Έχω-Δεν έχω ασκηθεί για ειδικότητα

4. Δεν συμμετέχω σε κλήρωση για άλλη ειδικότητα

5. Δεν συμμετέχω σε κλήρωση που διεξάγεται την ίδια ημέρα

6. Έχει - Δεν έχει ξεκινήσει η διαδικασία διορισμού μου στο

7. Σε περίπτωση που δεν κληρωθώ επιθυμώ:

α) Να παραμείνω στην λίστα που θα προκύψει από την κλήρωση.

β) Να παραμείνω στην λίστα που είμαι εγγεγραμμένος

γ) Θα υποβάλω εκ νέου αίτηση για ειδίκευση.

8. Δεν έχω συμπληρώσει χρόνο άσκησης για την απόκτηση τίτλου Ιατρ. Ειδικότητας.

9. α) Έχω Ελληνική υπηκοότητα.

β) Έχω υπηκοότητα _____ κράτους μέλους της Ε. Ένωσης.

(ή κράτους με ειδική σύνδεση με την Ε. Ένωση)

γ) Έχω υπηκοότητα _____ και είμαι μέλος οικογένειας υπηκόου της Ε. Ένωσης.

δ) Έχω υπηκοότητα _____ και είμαι ομογενής (κατέχω δελτίο ομογενούς ή άδεια παραμονής).

ε) Έχω υπηκοότητα _____ (τρίτης χώρας).

Ημερομηνία:/...../.....

Ο-Η Δηλ _____