



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ
ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

**ΓΕΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΜΕ ΑΡ.
ΠΡΩΤ.....**

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΤΗΣ 7^{ης} Υ.Π.Ε ΚΡΗΤΗΣ

**Η ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΤΙΘΕΤΑΙ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ
ΜΕ ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

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-ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ Τ.Κ. ΝΟΜΟΣ
ΤΗΛΕΦΩΝΑ : (ΣΤΑΘΕΡΟ ΜΕ ΚΩΔΙΚΟ) _____ (ΚΙΝΗΤΟ)
E-mail : _____

• ΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ: _____

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

ΗΜ/ΝΙΑ ΚΤΗΣΗΣ ΤΙΤΛΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ /
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ:.....
(Επισυνάπτεται αντίγραφο τίτλου της ιατρικής ειδικότητας)

ΚΑΤΕΙΧΑ ΘΕΣΗ ΣΤΟ ΕΣΥ ΩΣ ΙΑΤΡΟΣ ΓΕΝΙΚΗΣ / ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ (Επιλέγετε κατά περίπτωση)

ΚΑΤΕΙΧΑ ΘΕΣΗ ΣΤΟ ΕΣΥ ΩΣ ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ
ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ (Επιλέγετε κατά περίπτωση)

ΕΑΝ ΝΑΙ, ΝΑ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ Η ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΥΣΗΣ ΤΗΣ ΥΠΑΛΛΗΛΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΟ ΣΧΕΤΙΚΟ ΦΕΚ :

.....

(ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ή ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΦΕΚ ΛΥΣΗΣ ΥΠΑΛΛΗΛΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑ
ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ)

• ΕΠΙΔΙΩΚΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ:	<u>ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ</u>	<u>ΚΩΔΙΚΟΣ</u>
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3. Περιφερειακή Ενότητα	_____	Χωρίς κωδ*
*Στην 3^η επιλογή αναγράφεται μόνον μία εκ των Περιφερειακών Ενοτήτων επιλογής του ιατρού <u>χωρίς κωδικό (Λασιθίου- Ηρακλείου-Ρεθύμνου- Χανίων)</u>		

Συνημμένα δικαιολογητικά: (σύμφωνα με τα απαιτούμενα)

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

Με την παρούσα καταθέτω τα παραπάνω δικαιολογητικά, σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. 3 του ν.2690/1999 και δηλώνω υπεύθυνα, γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του ν.1599/1986, όπως ισχύει, ότι α) όλα τα αναγραφόμενα στοιχεία της αίτησης, καθώς και τα συνημμένα σε αυτή δικαιολογητικά είναι ακριβή και αληθή και β) **θα προσκομίσω βεβαίωση** παραίτησής μου από θέση που τυχόν κατείχα στο Δημόσιο τομέα κατά την ημερομηνία ανάληψης υπηρεσίας ως προσωπικός ιατρός επί θητεία **(απαραίτητο δικαιολογητικό κατά την ορκωμοσία και ανάληψη υπηρεσίας)**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

Οδηγίες:

- Ο/Η υποψήφιος-α οφείλει, πριν τη συμπλήρωση της αίτησης, να μελετήσει προσεχτικά τ η ν αριθμ. **Γ4γ/Γ.Π.οικ.65342/18-12-2024** Υπουργική Απόφαση “Τρόπος, διαδικασία και καθορισμός κριτηρίων κάλυψης κενών και κενούμενων θέσεων υπόχρεων και μη υπόχρεων προσωπικών ιατρών του άρθρου 8 του ν. 5157/2024 (ΦΕΚ Α’/187) 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 την αριθμ. **Γ4γ/Γ.Π.οικ.65342/18-12-2024** Υπουργική Απόφαση
- Τα αντίγραφα των απαιτούμενων δικαιολογητικών κατατίθενται σε απλή φωτοτυπία ενώ η αίτηση-υπεύθυνη δήλωση κατατίθεται **με πρωτότυπη υπογραφή**.
- 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.
- Εάν ο/η υποψήφιος/α έχει λάβει απόφαση βαθμολογικής αντιστοιχίας πτυχίου από τον Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π., λαμβάνεται υπόψη ο βαθμός της απόφασης. Σε περίπτωση που δεν αναγράφεται στο αντίγραφο του μεταφρασμένου πτυχίου ο βαθμός και δεν υπάρχει και βαθμολογική αντιστοιχία από τον Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π., είναι απαραίτητη η προσκόμιση και του αντιγράφου μεταφρασμένης ξενόγλωσσας βεβαίωσης από το Πανεπιστήμιο προέλευσης, από την οποία να προκύπτει ο μέσος όρος όλων των ετών σπουδών.
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) απόφασης.
- Δεν γίνονται δεκτά από την υπηρεσία εκπρόθεσμα κατατεθειμένα δικαιολογητικά.
- Οι Υπόχρεοι επιλέγουν από όλες τις θέσεις της Πρόσκλησης.
- **Αίτηση με ελλιπή στοιχεία απορρίπτεται.** Σε οποιαδήποτε περίπτωση την ευθύνη για κατάθεση ελλιπών δικαιολογητικών φέρει ο ενδιαφερόμενος. Για το λόγο αυτό δεν έχει δικαίωμα υποβολής ένστασης σε οφειλόμενα στον ίδιο λάθη.

Προσοχή: Για τη συμπλήρωση της αίτησης, ο/η υποψήφιος/α λαμβάνει υπόψη τον κωδικό της θέσης του ιατρού και την ημερομηνία εκκένωσης αυτής (στην περίπτωση που δεν είναι κενή).

Απαιτούμενα δικαιολογητικά:**1.Αντίγραφο
ΠΤΥΧΙΟΥ**

α. Για ΠΤΥΧΙΑ της ημεδαπής: Σε περίπτωση που στο αντίγραφο του πτυχίου 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.: Αντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου – τίτλου, στο οποίο θα φαίνεται η επικύρωση του πρωτοτύπου (σφραγίδα της Χάγης) και αντίγραφο της μετάφρασής του. Εάν ο/η υποψήφιος/α έχει λάβει απόφαση βαθμολογικής αντιστοιχίας πτυχίου από τον Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π., λαμβάνεται υπόψη ο βαθμός της απόφασης. Σε περίπτωση που δεν αναγράφεται στο αντίγραφο του μεταφρασμένου πτυχίου ο βαθμός, και δεν υπάρχει και βαθμολογική αντιστοιχία από τον Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π., είναι απαραίτητη η προσκόμιση και του αντιγράφου μεταφρασμένης ξενόγλωσσας βεβαίωσης από το Πανεπιστήμιο προέλευσης, από την οποία να προκύπτει ο μέσος όρος όλων των ετών σπουδών.

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, ελλείψει των ανωτέρω ως ημερομηνία κτήσης θα λαμβάνεται η ημερομηνία ένταξης. Ειδικά για τις βεβαιώσεις που προέρχονται από τη Σλοβακία γίνονται δεκτές εφόσον είναι στην Αγγλική γλώσσα.

δ. Στην περίπτωση που δεν προκύπτει από τα προσκομισθέντα έγγραφα ο ως άνω προαναφερόμενος βαθμός θα καταχωρείται με το χαρακτηρισμό ΚΑΛΩΣ και με βαθμό 5 (πέντε).

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 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 τη καταληκτική ημερομηνία λήξης υποβολής των αιτήσεων. Όσοι υπηρετούν τη θητεία τους (απαραίτητα κατάθεση Στρατιωτικού εγγράφου-ταυτότητας) έχουν τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής θέσεων με τη βασική προϋπόθεση ότι θα πρέπει απαραίτητα να προσκομίσουν το απολυτήριο στην Υγειονομική Περιφέρεια κατά το διορισμό τους. Η μη κατάθεση του απολυτηρίου συνεπάγεται τη μη τοποθέτησή τους και τη μη δυνατότητα επιλογής θέσεων σε επόμενες προκηρύξεις ή προσκλήσεις.

4. Αντίγραφο ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ή αριθμό πρωτοκόλλου υποβληθείσας αίτησης χορήγησης βεβαίωσης άσκησης ιατρικού επαγγέλματος στην Ελλάδα (αφορά τους ιατρούς που απέκτησαν πρόσφατα πτυχίο και η βεβαίωση δεν έχει εκδοθεί μέχρι τη λήξη της προθεσμίας υποβολής αιτήσεων).

5. Σε περίπτωση που ο/η υποψήφιος/α 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.

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

7. Για τις κατηγορίες των κοινοτικών υπηκόων που αναφέρονται στην παρ.Β.1. της αριθμ. Α2γ/οικ.26519/06-04-15 (Β'736) απόφασης 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 B2 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/η υποψήφιος/α διαθέτει πιστοποιητικό ελληνομάθειας από το Κ.Ε.Σ.Υ. αυτό κατατίθεται με τα υπόλοιπα δικαιολογητικά.

Οι αιτήσεις θα κατατίθενται στο Πρωτόκολλο της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης :

- Α) Αυτοπροσώπως ή
- Β) μέσω ταχυδρομείου με συστημένη επιστολή, ή
- Γ) με υπηρεσία ταχυμεταφοράς (courier)

σε κλειστό φάκελο, όπου απ' έξω θα αναγράφονται τα κάτωθι:

Αίτηση συμμετοχής στην με αρ. πρωτ.....Πρόσκληση κάλυψης κενών και κενούμενων θέσεων προσωπικών ιατρών της 7 ^{ης} υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης
--

Υπουργείο Υγείας

7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης

3^ο χλμ. Ε.Ο. Ηρακλείου- Μοιρών, ΤΚ 71500, Εσταυρωμένος , Ηράκλειο Κρήτης

(ως ημερομηνία αποστολής λαμβάνεται υπόψη η ημερομηνία κατάθεσης του σχετικού φακέλου στα ΕΛΤΑ ή στην εταιρεία ταχυμεταφοράς (courier))