



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΙΑΤΡΩΝ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ
ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΤΜΗΜΑ Β΄

Ταχ.Δ/νση : Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας: 10433-Αθήνα
Πληροφορίες: Σ.Κωνσταντή
Τηλέφωνο : 2132161501
e-mail: dey_b@moh.gov.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

**Αθήνα, 7 - 11 - 2018
Αρ.Πρωτ. Γ5β/ Γ.Π. οικ. 85628**

ΠΡΟΣ

Όπως ο πίνακας διανομής

ΑΠΟΦΑΣΗ

Θέμα: «Ορισμός ημερομηνίας διενέργειας εξετάσεων υποψηφίων **Δεκέμβριος 2018:**

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».

Ο ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

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

β. Του Π.Δ. 73 /2015 (ΦΕΚ Α΄116) «Διορισμός Αντιπροέδρου της Κυβέρνησης, Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών κ΄ Υφυπουργών».

γ. του Π.Δ. 121/2017 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας» (ΦΕΚ Α΄148).

2. Την αρ. ΔΥ1δ/Γ.Π. οικ. 56039/31-5-2012 Απόφαση με θέμα: «Συγκρότηση Επιτροπής για την χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος Φυσικών Νοσοκομείων – Ακτινοφυσικών Ιατρικής», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

3. Την αριθ. Υ25/6-10-2015 Απόφαση του Πρωθυπουργού «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Αναπληρωτή Υπουργό Υγείας Πάυλο Πολάκη» (ΦΕΚ Β΄2144).

4. Την αριθμ. Α1β/Γ.Π. οικ. 4161/19-1-2017 (ΦΕΚ Β' 95) Υπουργική Απόφαση «Μεταβίβαση αρμοδιοτήτων και του δικαιώματος υπογραφής εγγράφων «Με εντολή Αναπληρωτή Υπουργού» στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας», όπως ισχύει.

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, την Δευτέρα 3-12-2018 και ώρα 10.00 π. μ.** Οι εξετάσεις θα διεξαχθούν στην Ιατρική Σχολή Αθηνών – Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής- κτίριο Ανατομίας, Μικράς Ασίας 75, Γουδή.
2. Ορίζουμε ημερομηνία διενέργειας των εξετάσεων **για την απόκτηση βεβαίωσης επιτυχίας Φυσικού Νοσοκομείου εκτός της περιοχής των ιοντιζουσών ακτινοβολιών, την Τρίτη 4-12-2018 και ώρα 10.00 π. μ.** Οι εξετάσεις θα διεξαχθούν στην Ιατρική Σχολή Αθηνών – Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής – κτίριο Ανατομίας, Μικράς Ασίας 75, Γουδή.
3. Ορίζουμε **προθεσμία υποβολής δικαιολογητικών για την συμμετοχή στις ανωτέρω εξετάσεις έως την Τρίτη 20-11-2018.**

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

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

Υποψήφιοι, που επιθυμούν να συμμετέχουν στις εξετάσεις και είχαν γίνει δεκτοί για εξετάσεις κατά τη δημοσίευση του Ν. 4058/2012 και είχαν δοκιμασθεί με επιτυχία έστω και σε ένα μάθημα, ή έχουν δοκιμασθεί με επιτυχία σε ένα μάθημα μετά τη δημοσίευση του Ν. 4058/2012, δεν θα καταθέσουν εκ νέου δικαιολογητικά. Απαιτείται η υποβολή μόνο σχετικής αίτησης συμμετοχής στις εξετάσεις.

Όσοι υποψήφιοι δεν εμπíπτουν στην προαναφερόμενη κατηγορία υποχρεούνται στην υποβολή νέας αίτησης, μετά των απαραίτητων δικαιολογητικών, όπως αυτά έχουν καθοριστεί στην Υ7α/ΓΠ.οικ. 13475/11-2-2014 εγκύκλιό μας.

Αιτήσεις υποψηφίων, που έχουν υποβληθεί μέχρι την δημοσίευση του Ν. 4058/2012 (22-3-2012), δεν ισχύουν.

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 ΦΕΚ 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 Ιονιζουσών 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).

Για τους υποψηφίους, που είχαν γίνει δεκτοί για εξετάσεις κατά τη δημοσίευση του Ν. 4058/2012 και είχαν δοκιμασθεί με επιτυχία έστω και σε ένα μάθημα, θα συμπληρωθούν μόνο οι στήλες 1, 2 και 3 του συνημμένου πίνακα.

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

Οι ανωτέρω καταστάσεις, οι οποίες θα συνοδεύονται υποχρεωτικά με φωτοτυπία της αίτησης και των δικαιολογητικών και οι οποίες θα πρέπει να φέρουν οπωσδήποτε υπογραφή και σφραγίδα της υπηρεσίας με την επισήμανση σε ποια μαθήματα θα εξεταστεί ο υποψήφιος και εάν είναι για πρώτη φορά, **πρέπει να έχουν διαβιβασθεί στην Υπηρεσία μας (με τη μορφή συνημμένου πίνακα) με ημερομηνία αποστολής το αργότερο μέχρι και 27/11/2018** 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).

Ο ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΥΛΟΣ ΠΟΛΑΚΗΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

A. ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΠΡΟΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑ

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

B. ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΠΡΟΣ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

ΕΝΩΣΗ ΦΥΣΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

«ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ»

Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας

Αγίας Όλγας 3-5

14233-Νέα Ιωνία

Γ. ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

1. Γραφείο Αναπληρωτή Υπουργού
2. Γραφείο Γενικού Γραμματέα
3. Γραφείο Προϊστάμενης Γενικής Διεύθυνσης Υπηρεσιών Υγείας
4. 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

Ο/Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝ..... ΤΗΣ Δ/ΝΣΗΣ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

(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)