



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕ ΘΗΤΕΙΑ

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΓΙΑΤΡΟΥ ΣΕ Κ.Υ. ή Π.Ι.

Η ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ και ΚΑΤΑΤΙΘΕΤΑΙ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ :					
ΟΝΟΜΑ :					
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ :					
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ :					
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :	(ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΩΣ)				
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :					
ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή					
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ :					
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ :					
	ΟΔΟΣ	ΑΡΙΘ.	ΠΟΛΗ – ΔΗΜΟΣ - ΚΟΙΝ.	Τ.Κ.	ΝΟΜΟΣ
ΤΗΛΕΦΩΝΑ : (ΜΕ ΚΩΔΙΚΟ)					

• ΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ:

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

• ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ

Μήνες

Φορέας (Γ.Ν. – Κ.Υ. – Π.Ι.)

Υπ. Υπαίθρου ή Ειδικότητα

• ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΣΕ ΠΑΡΑΤΑΣΗ

ΝΑΙ ☐

ΟΧΙ ☐

(Επιλέγεται κατά περίπτωση)

(Αν ναι επισυνάπτεται η σχετική βεβαίωση)

• ΗΜ/ΝΙΑ ΠΑΡΑΙΤΗΣΗΣ ή ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ ΑΠΟ ΠΡΟΗΓ. ΘΕΣΗ:

(Επισυνάπτεται σχετική βεβαίωση, διαφορετικά δε λαμβάνεται υπόψη η αίτηση στην επιλογή)

• Πρόσθετα Στοιχεία:

ΠΑΛΙΝΝΟΣΤΗΣΑΣ ΠΟΝΤΙΟΣ ΟΜΟΓΕΝΗΣ ή ομογενής που απέκτησε την Ελληνική Ιθαγένεια

ΝΑΙ ☐

ΟΧΙ ☐

(Επιλέγεται κατά περίπτωση)

Σε περίπτωση απόκτησης Ελληνικής Ιθαγένειας με πολιτογράφηση απαραίτητα πρέπει να αναφέρεται το ΦΕΚ και η ημερομηνία έκδοσής του: _____

• ΕΠΙΔΙΩΚΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ:

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

ΚΩΔΙΚΟΣ

A.		
B.		
Γ.		
Δ.		
Ε.		

• 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, 2) δεν κατέχω άλλη θέση στο Δημόσιο & 3) δεν έχω οποιαδήποτε άλλη προϋπηρεσία (εκτός από τη δηλωθείσα) σε Γ.Ν., Κ.Υ., Π.Ι., ΕΣΥ ή Δημόσιο.

• Επίσης δηλώνω, ότι τα στοιχεία της αίτησης μου, καθώς και τα στοιχεία, που αναφέρονται στα επισυναπτόμενα δικαιολογητικά μου είναι ακριβή και αληθή.

• Με την παρούσα **ΑΙΤΗΣΗ** (χορηγείται από την υπηρεσία ή από την επίσημη ιστοσελίδα του Υπουργείου η οποία είναι www.yyka.gov.gr), καταθέτω τα παρακάτω απαιτούμενα δικαιολογητικά και φέρω την ευθύνη για την ακρίβειά τους.

ΜΕ ΘΗΤΕΙΑ

1. α. Για ΠΤΥΧΙΑ της ημεδαπής: Επικυρωμένο αντίγραφο πτυχίου. Σε περίπτωση, που στο πτυχίο δεν αναγράφεται η ημερομηνία κτήσης και ο βαθμός, απαραίτητη η προσκόμιση βεβαίωσης από τη γραμματεία του Πανεπιστημίου από τη οποία να προκύπτουν.

β. Για ΠΤΥΧΙΑ, που χορηγήθηκαν από χώρες εκτός της Ε.Ε.: Φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου, επικυρωμένο αντίγραφο της μετάφρασής του, επικυρωμένο αντίγραφο απόφασης ισοτιμίας και αντιστοιχίας και βαθμολόγησης από ΔΙΚΑΤΣΑ ή ΔΟΑΤΑΠ.

γ. Για ΠΤΥΧΙΑ -ΤΙΤΛΟΥΣ, που χορηγήθηκαν από κράτη –μέλη της Ε.Ε.: Φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου-τίτλου, επικυρωμένο αντίγραφο της μετάφρασής του, επικυρωμένο αντίγραφο απόφασης ισοτιμίας αντιστοιχίας και βαθμολόγησης από ΔΙΚΑΤΣΑ ή ΔΟΑΤΑΠ, αν αυτή χορηγήθηκε πριν την ένταξη της χώρας στην Ε.Ε.). Σε περίπτωση, που δεν αναγράφεται στο πτυχίο ο βαθμός, απαραίτητη η προσκόμιση φωτοαντιγράφου ξενόγλωσσας βεβαίωσης από το Πανεπιστήμιο προέλευσης, από την οποία να προκύπτει και επικυρωμένο αντίγραφο της μετάφρασής του.

δ. Οι ιατροί, που έχουν ιθαγένεια κράτους μέλους της Ε.Ε., ή είναι σύζυγοι Έλληνα πολίτη υποχρεούνται στην προσκόμιση βεβαίωσης γνώσης της Ελληνικής γλώσσας & ιατρικής ορολογίας, όπως προβλέπεται από την παράγραφο 2.12 της αριθμ.πρωτ.18757/31-1-2011 (ΦΕΚ 311/Β/11) Υπουργικής απόφασης.

2. α. ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΑΡΑΙΤΗΣΗΣ-ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ από προηγούμενη θέση.

β.ΒΕΒΑΙΩΣΗ/ΣΕΙΣ ΣΕΙΡΑΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ (από νοσοκομείο) με πιθανή ημερομηνία τοποθέτησης για ειδίκευση ή τίτλο ιατρικής ειδικότητας (ο χρόνος αναμονής θα πρέπει να είναι διάρκειας πλέον των δώδεκα μηνών από την ημερομηνία λήξης της ανακοίνωσης των θέσεων).

3. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ.

4. Απλό φωτοαντίγραφο και των δύο όψεων της **ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ.**

5.(Μόνο για άρρενες) Απλό φωτοαντίγραφο ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΤΡΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ τύπου Α', ή βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του Ελλ. Στρατού. Εάν από το πιστοποιητικό προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή θα πρέπει να υπερβαίνει το έτος από την ημερομηνία λήξης της ανακοίνωσης των θέσεων.

• ΥΠΟΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

1.	Ο υποψήφιος πρέπει να συμπληρώσει με σαφήνεια την ανωτέρω Αίτηση-Υπεύθυνη δήλωση.
2.	Αιτήσεις με ελλιπή στοιχεία δεν λαμβάνονται υπόψη και απορρίπτονται. Επίσης σε περίπτωση, που τα στοιχεία της Αίτησης-Υπεύθυνης Δήλωσης δεν προκύπτουν από τα συνημμένα δικαιολογητικά, η υπηρεσία μας καταχωρεί προς επεξεργασία τα στοιχεία, που προκύπτουν από τα συνημμένα δικαιολογητικά και δεν ενημερώνεται περαιτέρω ο υποψήφιος.
3.	Ο υποψήφιος είναι υποχρεωμένος να καταθέσει όλα τα πιστοποιητικά, που αποδεικνύουν τη μοριοδότησή του. Οι άρρενες γιατροί υποχρεούνται στην κατάθεση αποδεικτικού στοιχείου εκπλήρωσης στρατιωτικών υποχρεώσεων, ή νόμιμης απαλλαγής ή ισόχρονης της τοποθέτησης αναβολής.
4.	Ο βαθμός πτυχίου είναι απαραίτητο να αναγράφεται αριθμητικά (με ακέραιο και δεκαδικό ή κλάσμα) για την περίπτωση ισοβαθμίας καθώς και η κατάθεση πιστοποιητικών ιθαγένειας, όπου να αποδεικνύεται ο χρόνος απόκτησής της.
5.	Όλα τα ξενόγλωσσα πιστοποιητικά απαραίτητως να έχουν επίσημα μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα από αρμόδιες προς τούτο αρχές της ημεδαπής.
6.	Στα απλά και επικυρωμένα φωτοαντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και εγγράφων θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης(Apostille), που έχει τεθεί στον πρωτότυπο τίτλο, ή έγγραφο.
7.	Επιπλέον δεν γίνονται δεκτά από την υπηρεσία μας εκπρόθεσμα κατατεθειμένα συμπληρωματικά δικαιολογητικά.
8.	Επισημαίνουμε, ότι άγνοια Νόμου επιφέρει τις προβλεπόμενες συνέπειες.

Συνημμένα: (Ολογράφως και αριθμητικώς)

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

Σημείωση για τη συμπλήρωση των συνημμένων

(Αναγραφή όλων των συνημμένων δικαιολογητικών με ταυτόχρονη αναφορά στο περιεχόμενό τους π.χ. 1) επικυρωμένη φωτοτυπία βεβαίωσης Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου..... που αφορά την ημερομηνία κτήσης πτυχίου 2) επικυρωμένη φωτοτυπία βεβαίωσης της γραμματείας που αφορά τη βαθμολογία του πτυχίου μου) κλπ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ