



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΥΠΟΧΡΕΟΣ

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 :					
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ :					
	ΟΔΟΣ	ΑΡΙΘ.	ΠΟΛΗ – ΔΗΜΟΣ - ΚΟΙΝ.	Τ.Κ.	ΝΟΜΟΣ
ΤΗΛΕΦΩΝΑ : (ΜΕ ΚΩΔΙΚΟ)					

• ΕΠΙΔΙΩΚΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ: Α.		Α.	
	ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ		ΚΩΔΙΚΟΣ
Β.		Β.	
	ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ		ΚΩΔΙΚΟΣ

• ΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ:

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

• ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ	Μήνες	Φορέας (Γ.Ν. – Κ.Υ. – Π.Ι.)	Υπ. Υπαίθρου ή Ειδικότητα

• ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΣΕ ΠΑΡΑΤΑΣΗ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ (Επιλέντετε κατά περίπτωση)

*για ειδικότητα εξωτερικού αναγνωρισμένη προσκομίζεται έγγραφο

• Πρόσθετα Στοιχεία:

ΠΑΛΙΝΝΟΣΤΗΣΑΣ ΠΟΝΤΙΟΣ ΟΜΟΓΕΝΗΣ ή ομογενής που απέκτησε την Ελληνική Ιθαγένεια

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ (Επιλέντετε κατά περίπτωση)

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

• Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, 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.

• Συνημμένα καταθέτω τα παρακάτω απαιτούμενα δικαιολογητικά και φέρω την ευθύνη για την ακρίβειά τους.

1. ΑΙΤΗΣΗ (χορηγείται έντυπο από την Υπηρεσία).
2. α. Για ελληνικά ΠΤΥΧΙΑ: Επικυρωμένο αντίγραφο πτυχίου (όπου θα αναγράφεται αριθμητική βαθμολογία).
β. Για ΠΤΥΧΙΑ που χορηγήθηκαν από χώρες εκτός της Ε.Ε.: φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου, επικυρωμένο αντίγραφο της μετάφρασής του, επικυρωμένο αντίγραφο βεβαίωσης από ΔΙΚΑΤΣΑ ή ΔΟΑΤΑΠ.
γ. Για ΠΤΥΧΙΑ που χορηγήθηκαν από χώρες της Ε.Ε.: φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου, επικυρωμένο αντίγραφο της μετάφρασής του (βεβαίωση ΔΙΚΑΤΣΑ ή ΔΟΑΤΑΠ αν αυτή χορηγήθηκε πριν την ένταξη της χώρας στην Ε.Ε).
δ. Για ΠΤΥΧΙΑ που χορηγήθηκαν από Ιταλία: φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου, επικυρωμένο αντίγραφο της μετάφρασής του, φωτοαντίγραφο του ATTESTATO και επικυρωμένο αντίγραφο της μετάφρασής του.
3. Απλό φωτοαντίγραφο και των δύο όψεων της ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ.
4. Απλό φωτοαντίγραφο ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ.
5. **(Μόνο για άρρενες)** Απλό φωτοαντίγραφο ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΤΡΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ τύπου Α' ή βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του Ελλ. Στρατού. Όπου στο τύπου Α' προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή θα πρέπει να υπερβαίνει το έτος από την ημερομηνία λήξης της ανακοίνωσης των θέσεων.

Γιατροί που έχουν ιθαγένεια Κράτους – Μέλους της Ε.Ε. και δεν πληρούν τις προϋποθέσεις της περ. 1 παρ. 3 της αρ. πρ. 8246/21.01.2009 Καν. Απόφασης, υποχρεούνται στην προσκόμιση βεβαίωσης γνώσης της Ελληνικής Γλώσσας & Ιατρ. Ορολογίας.

• ΥΠΟΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

1. Ο υποψήφιος πρέπει να συμπληρώσει με σαφήνεια την ανωτέρω Αίτηση-Υπεύθυνη δήλωση.
2. Αιτήσεις με ελλιπή στοιχεία δεν λαμβάνονται υπόψη και απορρίπτονται.
3. Ο υποψήφιος είναι υποχρεωμένος να προσκομίσει όλα τα πιστοποιητικά που αποδεικνύουν τα μόρια για την βαθμολόγησή του καθώς και επικυρωμένο αντίγραφο του πτυχίου του. Οι άρρενες γιατροί υποχρεούνται στην προσκόμιση 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) για την περίπτωση ισοβαθμίας καθώς και η προσκόμιση πιστοποιητικών ιθαγένειας, όπου να αποδεικνύεται χρόνος απόκτησής της.
5. Επισημαίνουμε ότι άγνοια Νόμου επιφέρει τις προβλεπόμενες συνέπειες.
6. Ο υποψήφιος υποχρεούται να προσκομίσει στο νοσοκομείο υποδοχής, προκειμένου να αναλάβει υπηρεσία, πρωτότυπα ή επικυρωμένα αντίγραφα όλων των προβλεπόμενων δικαιολογητικών.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ