



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ  
ΝΟΜΙΚΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ  
ΤΜΗΜΑ Γ΄**

## **ΜΕ ΘΗΤΕΙΑ**

ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ  
ΥΠΑΙΘΡΟΥ ΕΠΙ ΘΗΤΕΙΑ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ  
ΑΡ.ΠΡΩΤ.:**Γ4γ/Γ.Π.οικ. 43392/09-7-2021**  
ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

### **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 \_\_\_\_\_ ΑΡΙΘΜΟΣ \_\_\_\_\_ ΠΟΛΗ-ΔΗΜΟΣ- ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ \_\_\_\_\_ Τ.Κ. \_\_\_\_\_ ΝΟΜΟΣ  
ΤΗΛΕΦΩΝΑ : (ΣΤΑΘΕΡΟ ΜΕ ΚΩΔΙΚΟ) \_\_\_\_\_ (ΚΙΝΗΤΟ) \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_

• ΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ:

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

• ΕΠΙΔΙΩΚΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ:

	<u>ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ</u>	<u>ΚΩΔΙΚΟΣ</u>
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____
8.	_____	_____
9.	_____	_____
10.	<b>Νομός :</b>	Χωρίς κωδ.*

*Στην 10<sup>η</sup> επιλογή αναγράφεται μόνον ο **Νομός** επιλογής του ιατρού **χωρίς κωδικό** και αφορά στις αδιάθετες θέσεις που θα προκύψουν μετά την κατανομή τους, βάσει των 9 επιλογών όλων των υποψηφίων*

---

**Συνημμένα δικαιολογητικά: (σύμφωνα με τα απαιτούμενα)**

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

Παράδειγμα για τη συμπλήρωση των συνημμένων :

- 1) Αντίγραφο πτυχίου Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου...
- 2) Βεβαίωση σειράς προτεραιότητας
- 3) -----

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 ιατρός υπηρεσίας υπαίθρου επί θητεία **(απαραίτητο δικαιολογητικό στο φορέα ανάληψης υπηρεσίας)**.

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** \_\_\_\_\_

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ**

## **ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

### **Οδηγίες:**

- **Ιατρός «ΜΕ ΘΗΤΕΙΑ» χαρακτηρίζεται ο ιατρός, που έχει ολοκληρώσει την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου του Ν.Δ. 67/68 ή έχει νόμιμη απαλλαγή και επιθυμεί, λαμβάνοντας μέρος στην παρούσα Πρόσκληση, να υπηρετήσει για δώδεκα (12) μήνες σε ιατρείο της επιλογής του για δεύτερη, τρίτη ή και περισσότερες φορές.**
  - Ο υποψήφιος οφείλει, πριν τη συμπλήρωση της αίτησης, να μελετήσει προσεκτικά το σχετικό (5) της Πρόσκλησης 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 το (5) σχετικό της Πρόσκλησης.
  - Οι ιατροί υπηρεσίας υπαίθρου (υπόχρεοι και επί θητεία), οι οποίοι έχουν διοριστεί και υπηρετούν ήδη σε Π.Ι. ή Ε.Π.Ι. ή Κ.Υ. ή Γ.Ν. – Κ.Υ. κατά το χρονικό διάστημα υποβολής των αιτήσεων, έχουν δικαίωμα να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής (ως ιατροί επί θητεία) μόνον εφόσον μέχρι και την τελευταία ημέρα υποβολής των αιτήσεων ολοκληρώνουν την ετήσια θητεία του διορισμού τους.
  - Οι ιατροί υπόχρεοι και επί θητεία που βρίσκονται σε παράταση έχουν δικαίωμα υποβολής αίτησης.
  - 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 υποψήφιος 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 αντιστοιχισμένη 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 μας εκπρόθεσμα κατατεθειμένα δικαιολογητικά.
  - Οι ιατροί ΜΕ ΘΗΤΕΙΑ 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 υποψήφιος λαμβάνει υπόψη τον κωδικό της θέσης του ιατρείου και την ημερομηνία εκκένωσης αυτής.

### **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 προαναφερόμενα 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 υποψήφιος 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. απαιτείται 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 αυτές 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. ΒΕΒΑΙΩΣΗ/ΣΕΙΣ ΣΕΙΡΑΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ** (από νοσοκομείο), που θα προκύπτει η πιθανή ημερομηνία τοποθέτησης για ειδικευση (ο χρόνος αναμονής θα πρέπει να υπερβαίνει τον ενάμιση χρόνο από την ημερομηνία λήξης της υποβολής αιτήσεων της παρούσας Προκήρυξης, και ελλείψει αυτής/ών μπορεί να κατατεθεί Υπεύθυνη Δήλωση όπου θα βεβαιώνεται από τον υποψήφιο ο προαναφερόμενος χρόνος αναμονής τοποθέτησης για ειδικευση.

**ή τίτλος ιατρικής ειδικότητας** της ημεδαπής ή αλλοδαπής ή κράτους-μέλους της Ε.Ε., αναγνωρισμένου από την Ελλάδα.

**ή υπεύθυνη δήλωση** παραίτησης από θέση ειδικευσης ή μη επιθυμίας έναρξης ειδικότητας ή ολοκλήρωσης του χρόνου ειδικευσης και αναμονή της εξεταστικής περιόδου για κτήση του τίτλου ειδικότητας.

**3. Βεβαίωση εκπλήρωσης** της υποχρεωτικής υπηρεσίας υπαίθρου (βεβαίωση του Υπουργείου Υγείας ή βεβαιώσεις/πιστοποιητικά των Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας στα οποία διανύθηκε η υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου) **ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής** από την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου.

**4. Αντίγραφο ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.**

**5. Αντίγραφο ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ** (και των δύο όψεων). Σε περίπτωση απόκτησης της Ελληνικής ιθαγένειας δηλώνεται η ημερομηνία δημοσίευσης του σχετικού ΦΕΚ.

**6. 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 την 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 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.

**7.** Για τις κατηγορίες των κοινοτικών υπηκόων που αναφέρονται στην παρ.Β.1. της αριθμ.Α2γ/οικ.26519/06-04-15 (Β' 736) απόφαση 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 Β2 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 υποψήφιος διαθέτει πιστοποιητικό ελληνομάθειας από το Κ.Ε.Σ.Υ. κατατίθεται με τα υπόλοιπα δικαιολογητικά.

Οι αιτήσεις θα κατατίθενται στο Πρωτόκολλο του Υπουργείου Υγείας ή θα αποστέλλονται ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή, καθώς και με υπηρεσία ταχυμεταφοράς (courier) στην παρακάτω διεύθυνση: (ως ημερομηνία αποστολής λαμβάνεται υπόψη η ημερομηνία κατάθεσης του σχετικού φακέλου στα ΕΛΤΑ ή στην εταιρεία ταχυμεταφοράς (courier):

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
Δ/ΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ Ν.Π.  
ΤΜΗΜΑ Γ'

Αριστοτέλους 17  
Τ.Κ.: 104 33 Αθήνα