

**ΑΙΤΗΣΗ
ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ ΙΑΤΡΩΝ ΠΡΟΣ**

**ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΠΡΟΣ
ΤΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ
Π.Ε ΕΥΒΟΙΑΣ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟΟΝΟΜΑ:.....
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ : ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ
ΟΔΟΣ: ΑΡΙΘΜΟΣ:..... ΠΟΛΗ:
Τ. Κ.:ΤΗΛ:ΚΙΝΗΤΟ :
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ.....ΗΜΕΡ. ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΟΥ...../...../.....
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ.....ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
...../...../.....

Παρακαλώ για την τοποθέτησή μου στο νοσοκομείο στην ειδικότητα
..... στην θέση εμμίσθου ειδικευομένου βοηθού γιατρού για έναρξη ή
συνέχιση της εκπαίδευσής μου για την απόκτηση του τίτλου της Ιατρικής ειδικότητας της
.....

Συνοποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά :

A)..... (Πόλη - Ημερομηνία).....
B).....
Γ)..... Ο/Η ΑΙΤ.....
Δ).....
Ε).....
ΣΤ)..... (υπογραφή)

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ

1.Αίτηση

2.Υπεύθυνη Δήλωση Γενικής Χρήσης ή Υπεύθυνη Δήλωση Κληρώσεων(σε περίπτωση συμμετοχής σε κλήρωση για την κάλυψη νεοσύστατης θέσης ειδίκευσης)

3. Για πτυχία της ημεδαπής: Φωτοαντίγραφο πτυχίου ή βεβαίωσης από την γραμματεία της σχολής ότι ο ενδιαφερόμενος έχει καταστεί πτυχιούχος.

4. Για πτυχία που χορηγήθηκαν από κράτη-μέλη της Ε.Ε: Φωτοαντίγραφο του επικυρωμένου ξενόγλωσσου πτυχίου με φωτοαντίγραφο της επίσημης μετάφρασης του.

5. Για τους πολίτες της Ε.Ε. ή τρίτων χωρών (πλην Κυπρίων υπηκόων) κατόχους πτυχίου ιατρικής κράτους-μέλους χώρας της Ε.Ε απαιτείται επιπλέον πιστοποιητικό Ελληνομάθειας επιπέδου Β2 από το Διδασκαλείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών ή από το Σχολείο Ελληνικής Γλώσσας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης ή εναλλακτικά φωτοαντίγραφο τίτλου Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. (Δ.Ι.Κ.Α.Τ.Σ.Α.) περί ισοτιμίας και αντιστοιχίας με τα απονεμόμενα των Ιατρικών Σχολών της χώρας ή απολυτήριο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα (Απαραίτητη η επικοινωνία με την Υπηρεσία μας για τυχόν εξαιρέσεις)

6. Για πτυχία που χορηγήθηκαν από χώρες εκτός Ε.Ε: Φωτοαντίγραφο του επικυρωμένου ξενόγλωσσου πτυχίου με φωτοαντίγραφο της απόφασης του ΔΟΑΤΑΠ (ΔΙΚΑΤΣΑ) περί ισοτιμίας και αντιστοιχίας με τα απονεμόμενα των Ιατρικών Σχολών της χώρας.

7. Φωτοαντίγραφο άδειας άσκησης επαγγέλματος (σε περίπτωση που δεν έχει ακόμα εκδοθεί δηλώνεται ο αριθμός πρωτοκόλλου υποβολής της αίτησης για την έκδοση της και προσκομίζεται άμεσα στην υπηρεσία μας κατόπιν της έκδοσης της)

8. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου

9. Για τους πολίτες κρατών-μελών της Ε.Ε (ή υπηκόων τρίτων χωρών που έχουν τα δικαιώματα των κοινοτικών υπηκόων): Βεβαίωση εγγραφής πολίτη κράτους-μέλους της Ε.Ε ή Πιστοποιητικό μόνιμης διαμονής κοινοτικού υπηκόου. (Κάρτα Ευρωπαίου πολίτη σύμφωνα με το Άρθρο 42, Ν. 4071/12-ΦΕΚ 85/Α/12)

10. Για ομογενείς: Δελτίο ταυτότητας ομογενούς ή Άδεια διαμονής ομογενούς (σύμφωνα με τα άρθρα 80 και 81, Ν. 4251 / 2014-ΦΕΚ 80/Α/12)

11. Για υπηκόους τρίτων χωρών μελών οικογένειας Έλληνα υπηκόου: Δελτίο διαμονής μέλους οικογένειας Έλληνα (σύμφωνα με τα άρθρα 82, 83, 84, 85 και 87, Ν. 4251/2014-ΦΕΚ/80/Α/12).

12. Για υπηκόους τρίτων χωρών :

Α. Δελτίο μόνιμης διαμονής υπηκόων τρίτων χωρών ή Προσωποπαγής άδεια διαμονής υπηκόων τρίτων χωρών (σύμφωνα με τα άρθρα 82, 83, 84, 85 και 87, Ν. 4251/2014-ΦΕΚ 80/Α/12)

Β. Άδεια επί μακρόν διαμένοντος υπηκόου τρίτης χώρας (σύμφωνα με τα άρθρα 88, 97 και 106, Ν. 4251/2014-ΦΕΚ 80/Α/12)

Γ. Άδεια διαμονής δεύτερης γενιάς (σύμφωνα με το άρθρο 108, Ν. 4251/2014-ΦΕΚ 80/Α/12)

Δ. Κατοχή μπλε κάρτας της Ε.Ε (σύμφωνα με τα άρθρα 114 και 120, Ν. 4251/2014-ΦΕΚ/80/Α/12).

Ε. Δεκαετής άδεια διαμονής (σύμφωνα με το άρθρο 138, Ν. 4251/2014-ΦΕΚ/80/Α/12).

13. Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου και πιστοποιητικό ευδόκιμης άσκησης για το διάστημα της προεκπαίδευσης στο νοσοκομείο (εφ' όσον ο ιατρός έχει υπηρετήσει την υπηρεσία υπαίθρου).

14. Πιστοποιητικό/ά νοσοκομείου/ών ή Κ.Ε.Σ.Υ. για κάθε προϋπηρεσία ειδίκευσης του ιατρού

15. Εφ' όσον η αίτηση αφορά τοποθέτηση στην κύρια ειδικότητα, απαραίτητη είναι η δήλωση του αριθμού πρωτοκόλλου της απόφασης τοποθέτησης στο προκαταρκτικό στάδιο.(με την εξαίρεση των αιτήσεων υπηρετούντων σε άγονο αγροτικό ή εχόντων εκπληρώσει το προκαταρκτικό στάδιο με την προσκόμιση του σχετικού πιστοποιητικού)

Καταχώρηση ιατρών για συμμετοχή σε κλήρωση κάλυψης νεοσύστατης θέσης ειδικότητας.
Οι αναλυτικές προϋποθέσεις συμμετοχής σε κλήρωση για την κάλυψη νεοσύστατης θέσης ειδικότητας περιγράφονται στη σχετική προκήρυξη της κλήρωσης. Η Υπεύθυνη Δήλωση Γενικής Χρήσης αντικαθίσταται για την περίπτωση από την Υπεύθυνη Δήλωση Κληρώσεων

Λόγω της πολυπλοκότητας της νομοθεσίας η υπηρεσία μας επιφυλάσσεται να ζητήσει επιπλέον δικαιολογητικά σε ειδικές περιπτώσεις

Ακολουθούν οι ανωτέρω αναφερόμενες στα δικαιολογητικά Υ.Δ



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν. 1599/86)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή την δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8, παρ 4, Ν 1599/1986)

Προς Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΑΝΑΣ ΠΕ ΕΥΒΟΙΑΣ

Ο-Η Όνομα _____ Επώνυμο _____

Όνομα & Επώνυμο Πατέρα _____

Όνομα & Επώνυμο Μητέρας _____

Ημερομηνία Γέννησης _____ Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας _____

Τόπος κατοικίας _____ Οδός _____ Αριθ. _____ Τ.Κ. _____

Τηλέφωνο _____ Κινητό _____

Με ατομική μου ευθύνη & γνωρίζοντας για τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

1. α.Κατέχω έμμισθη θέση ειδικευόμενου στο _____

β.Κατέχω θέση αγροτικού ιατρού

γ.Δεν κατέχω έμμισθη θέση ειδικευόμενου

2. α.Έχω υποβάλλει άλλη αίτηση για ειδικευση στο _____

β.Δεν έχω υποβάλλει άλλη αίτηση για ειδικευση

3. α.Έχω ασκηθεί για ειδικότητα(περιλαμβάνεται και η υπηρεσία υπαίθρου) _____

β.Δεν έχω ασκηθεί για ειδικότητα

4. Δεν συμμετέχω σε κλήρωση για κάλυψη νεοσύστατης θέσης που διεξάγεται την ίδια ημέρα

5. Δεν έχει ξεκινήσει η διαδικασία διορισμού μου στο _____ -

6. Σε περίπτωση που δεν κληρωθώ επιθυμώ:

α) Να παραμείνω στην λίστα που θα προκύψει από την κλήρωση

β) Να παραμείνω στην λίστα που είμαι εγγεγραμμένος

γ) Θα υποβάλω εκ νέου αίτηση για ειδικευση(για αυτούς που τυχόν δεν εκκρεμεί αίτηση τους για ειδικευση)

7. Δεν έχω συμπληρώσει χρόνο άσκησης για την απόκτηση τίτλου Ιατρ. Ειδικότητας

8. Έχω _____ υπηκοότητα

Ημερομηνία:/...../.....

Ο-Η Δηλ _____

ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΣΥΝΟΔΕΥΕΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΤΙΣ ΑΙΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΟΣΤΕΛΛΟΝΤΑΙ
ΜΕ FAX

ΠΡΟΣ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΠΕ ΕΥΒΟΙΑΣ

ΕΠΙΘΕΤΟ:

.....
.....

ΟΝΟΜΑ:

.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:
ΟΔΟΣ/ΑΡΙΘΜΟΣ:

.....

ΤΑΧ.ΚΩΔ.:

.....

ΠΟΛΗ:

.....

ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ.:

.....

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.:

.....

ΑΡ. FAX ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ:

.....

ΣΑΣ ΑΠΟΣΤΕΛΛΩ ΑΙΤΗΣΗ ΜΟΥ ΚΑΙ
ΛΟΙΠΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΕΓΓΡΑΦΗ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΛΙΣΤΑ ΤΗΣ
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ :

.....

.....

ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ:

.....

.....

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΣΤΟ ΠΑΡΟΝ:

.....

.....

.....

.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΩΝ:

.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

...../...../.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

.....

