

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ**

6ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

 ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,

 ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ ΜΕ ΤΙΤΛΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗ

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 :

ΤΗΛΕΦΩΝΑ : (ΣΤΑΘΕΡΟ ΜΕ ΚΩΔΙΚΟ) (ΚΙΝΗΤΟ)

E-mail :

• ΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ:

 ,

(Βαθμός πτυχίου) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ακέραιος Δεκαδικός)

Χαρακτηρισμός (Καλώς, Λίαν καλώς, Άριστα)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ημερομηνία & Έτος Κτήσης:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Χώρα προέλευσης πτυχίου: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• ΗΜ/ΝΙΑ ΚΤΗΣΗΣ ΤΙΤΛΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ: (Επισυνάπτεται αντίγραφο τίτλου της ιατρικής ειδικότητας)

1.

2.

1.
2.
3.

**:**

• ΕΠΙΔΙΩΚΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ:

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

ΚΩΔΙΚΟΣ

Χωρίς κωδ\*

• ΕΑΝ ΝΑΙ, ΝΑ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ Η ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΥΣΗΣ ΤΗΣ ΥΠΑΛΛΗΛΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΟ ΣΧΕΤΙΚΟ ΦΕΚ :

(ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΦΕΚ ΛΥΣΗΣ ΥΠΑΛΛΗΛΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑ **ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ)**

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

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

Παράδειγμα νια τη συμπλήρωση των συνημμένων :

1. Τίτλο Ειδικότητας Γενικής Ιατρικής στην Ελλάδα.
2. Αντίγραφο Πτυχίου.
3. Αντίγραφο Αστυνομικής ταυτότητας ή Διαβατηρίου
4.

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 της υπηρεσίας μου (απαραίτητο δικαιολογητικό που κατατίθεται στο φορέα διορισμού και δεν αφορά στους ήδη παραιτηθέντες γενικούς ιατρούς από διορισμό σε θέση κλάδου ιατρών ΕΣΥ οι οποίοι οφείλουν σύμφωνα με τα παραπάνω, να έχουν ΦΕΚ λύσης της θητείας τους).

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

**Οδηγίες:**

* Ο υποψήφιος οφείλει, πριν τη συμπλήρωση της αίτησης, να μελετήσει προσεχτικά το σχετικό (26) της προκήρυξης 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 (26) σχετικό της προκήρυξης.
* 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.ΤΑ.Π., είναι απαραίτητη η προσκόμιση και του αντιγράφου μεταφρασμένης ξενόγλωσσης βεβαίωσης από το Πανεπιστήμιο προέλευσης, από την οποία να προκύπτει ο μέσος όρος όλων των ετών σπουδών.

Επίσης εάν προκύπτει βαθμολογία ,η αντιστοίχιση με αυτή της ημεδαπής, γίνεται σύμφωνα με τα οριζόμενα της αριθμ. Γ4γ/Γ.Π.οικ. 65342 /2024 ΦΕΚ 6984 /Β/ 19-12-2024 άρθρο 5..

* Δεν γίνονται δεκτά από την υπηρεσία μας εκπρόθεσμα κατατεθειμένα δικαιολογητικά.
* 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 μόνο τον κωδικό της θέσης του ιατρείου και την ημερομηνία εκκένωσης αυτής.

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ, ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**

**Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ**

**Υπάτης 1, Τ.Κ. 26441, ΠΑΤΡΑ**