ΑΙΤΗΣΗ

# ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ ΙΑΤΡΩΝ ΠΡΟΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ

# ΠΡΟΣ

**ΤΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε ΓΡΕΒΕΝΩΝ**

|  |
| --- |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ **ΕΠΩΝΥΜΟ:……………...……………….….…………ΟΝΟΜΑ:................................................................**  **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ :......................……………... ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ ………………………………….**  **ΟΔΟΣ: ............................................................... ΑΡΙΘΜΟΣ:…………. ΠΟΛΗ: ……..................................**  **Τ. Κ.: ...........................ΤΗΛ: .....................................ΚΙΝΗΤΟ:………..…………………………….........**  **e-mail:………………………………………………………………….**  **ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ …………………………………………………………...**  **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ……………………..…………ΗΜΕΡ. ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΟΥ……./……../……**  **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ**  **ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ………………………….…….ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ………../………/………**  **ΦΟΡΕΑΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ………………………...…..** |

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 ……………………………………………………………………………….. .

|  |  |
| --- | --- |
| Συνυποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά :  Α)………………………………………………………………  Β)………………………………………………………………  Γ)………………………………………………………………  Δ)………………………………………………………………  Ε)………………………………………………………………  ΣΤ)…………………………………………………………….. | (Πόλη- Ημερομηνία)………………  Ο/Η ΑΙΤ……………………..  ………………………………….  (υπογραφή) |

**ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ**

Δικαίωμα εγγραφής σε λίστες ειδίκευσης έχουν οι κάτωθι:

* Πολίτες κρατών της Ε.Ε (ή κρατών με ειδική σύνδεση με την Ε.Ε.)
* Ομογενείς (κατέχοντες δελτίο ταυτότητας ομογενούς ή άδειας διαμονής   
  ομογενούς)
* Υπήκοοι τρίτων χωρών

1. Μέλη οικογένειας πολίτη της Ε.Ε. (ή κρατών με ειδική σύνδεση με την Ε.Ε.)

2. Κατέχοντες ένα από τα κάτωθι:

α. Δελτίο μόνιμης διαμονής

β. Προσωποπαγή άδεια διαμονής

γ. Άδεια επί μακρόν διαμένοντος

δ. Άδεια διαμονής δεύτερης γενιάς

ε. Μπλε κάρτα της Ε.Ε

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

**ΦΕΚ 4576/τ.Β’/2024**

**Απαιτούμενα δικαιολογητικά για έναρξη ειδίκευσης**

Οι ενδιαφερόμενοι για τοποθέτηση προς έναρξη άσκησης για την απόκτηση ειδικότητας εκτός από την αίτηση υποβάλλουν και τα εξής δικαιολογητικά:

α. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου,

β. Οι υπήκοοι κρατών-μελών της Ε.Ε ή οι υπήκοοι τρίτων χωρών που έχουν τα δικαιώματα των κοινοτικών υπηκόων, υποβάλλουν βεβαίωση εγγραφής πολίτη κράτους-μέλους της Ε.Ε (άρθρο 42 του ν.4071/2012 ΦΕΚ 85 Α), ή πιστοποιητικό μόνιμης διαμονής κοινοτικού υπηκόου (κάρτα Ευρωπαίου πολίτη, άρθρο 42 του ν.4071/2012 ΦΕΚ 85 Α), ή δελτίο ταυτότητος ομογενούς, ή άδεια διαμονής ομογενούς (παρ.7 του άρθρου 167, άρθρα 168,169 του ν.5038/2023, ΦΕΚ 81 Α), ή δελτίο διαμονής μέλους οικογένειας ‘Έλληνα/Ελληνίδας, ή δελτίο διαμονής σε πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (άρθρα 93 και 162 του ν.5038/2023, ΦΕΚ 81 Α), ή άδεια επί μακρόν διαμένοντος υπηκόου τρίτης χώρας (άρθρα 143,152 και 164 του ν.5038/2023, ΦΕΚ 81 Α), ή δεκαετή άδεια παραμονής (άρθρο 161 του ν. 5038/2023, ΦΕΚ 81 Α), ή κατοχή μπλε κάρτας της Ε.Ε. (άρθρα 34 και 41 του ν. 5038/2023, ΦΕΚ 81 Α),

γ. Φωτοαντίγραφο πτυχίου Ιατρικής Σχολής Ελληνικού Πανεπιστημίου ή βεβαίωσης από τη γραμματεία του Πανεπιστημίου, από την οποία να προκύπτει ότι ο ενδιαφερόμενος έχει καταστεί πτυχιούχος, ή φωτοαντίγραφο πτυχίου Πανεπιστημίου κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της επικύρωσής του (σφραγίδα της Χάγης), το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της επίσημης μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ, όπου αυτό απαιτείται. Για τις περιπτώσεις πτυχίων από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου, το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ. Για τους ιατρούς που επιθυμούν να ασκηθούν στην ειδικότητα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής απαιτείται κατάθεση πτυχίου Ιατρικής και Οδοντιατρικής,

δ. Φωτοαντίγραφο άδειας ή βεβαίωσης άσκησης ιατρικού επαγγέλματος. Για τους ιατρούς που επιθυμούν να ασκηθούν στην ειδικότητα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής απαιτείται κατάθεση άδειας άσκησης επαγγέλματος της Ιατρικής και Οδοντιατρικής. Αν δεν έχει εκδοθεί ακόμη η βεβαίωση άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, θα δηλώνουν με την αίτησή τους τον αριθμό πρωτοκόλλου της αίτησης που έχουν υποβάλει για την έκδοση της βεβαίωσης αυτής και οφείλουν να την υποβάλουν αμέσως μόλις εκδοθεί, διαφορετικά δεν θα προτείνονται για τοποθέτηση,

ε. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρονται τα εξής:

* η τυχόν προϋπηρεσία ειδίκευσης του ιατρού με συνημμένα τα αντίστοιχα πιστοποιητικά του/των νοσηλευτικού/ων ιδρύματος/ων,
* οι τυχόν εκκρεμούσες αιτήσεις για ειδίκευση, καθώς επίσης θα αναφέρεται ότι ο ιατρός δεν κατέχει τίτλο ιατρικής ειδικότητας και δεν έχει συμπληρώσει χρόνο άσκησης για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας,
* το εκπαιδευτικό πρόγραμμα το οποίο ο ιατρός υποχρεούται να ακολουθήσει (παλαιό ή νέο) σύμφωνα με τα οριζόμενα στις παρ. Α και Β του άρθρου 6 της παρούσας,
* ότι λαμβάνει γνώση πως σε περίπτωση αλλαγής ειδικότητας δεν του καταβάλλονται τακτικές αποδοχές για τυχόν επιπλέον χρόνο άσκησης που δεν συμπίπτει με τη νέα του ειδικότητα (με εξαίρεση την ειδικότητα της Αναισθησιολογίας),

στ. Οι υπήκοοι κρατών-μελών της Ε.Ε ή οι υπήκοοι τρίτων χωρών που έχουν τα δικαιώματα των κοινοτικών πολιτών πρέπει να υποβάλλουν πιστοποιητικό ελληνομάθειας επιπέδου Β2 από το Κέντρο Ελληνικής Γλώσσας του Υπουργείου Παιδείας Έρευνας και Θρησκευμάτων, ή από το Διδασκαλείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, ή από το Σχολείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Το ανωτέρω πιστοποιητικό δεν απαιτείται για όσους είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα, ή απόφοιτοι Ελληνικού Πανεπιστημίου, ή διαθέτουν απόφαση ισοτιμίας και αντιστοιχίας του πτυχίου τους από τον ΔΟΑΤΑΠ (ΔΙΚΑΤΣΑ) μετά από εξετάσεις.

**Καταχώρηση ιατρών για συμμετοχή σε κλήρωση νέας θέσης ειδικότητας.**

Οι αναλυτικές προϋποθέσεις συμμετοχής σε κλήρωση νέας θέσης ειδικότητας περιγράφονται στην εκάστοτε 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 ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ

(άρθρο 8 Ν. 1599/86)

## Προς

## Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας & Κοιν. Μέριμνας Π.Ε Γρεβενών

**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 και γνωρίζοντας για τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/86, δηλώνω ότι:**

**1. Α) Δεν κατέχω έμμισθη θέση ειδικευόμενου.**

**Β) Κατέχω θέση αγροτικού ιατρού και θα παραιτηθώ όταν τοποθετηθώ για ειδίκευση.**

**Γ) Κατέχω θέση άγονου αγροτικού στο \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ανέλαβα υπηρεσία την \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ και περατώνω την \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Δ) Κατέχω έμμισθη θέση ειδικευόμενου (ή έχω τοποθετηθεί για ειδίκευση).**

**2. Α) Έχω ασκηθεί για ειδικότητα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Β) Δεν έχω ασκηθεί για ειδικότητα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Α) Έχω υποβάλει άλλη αίτηση για ειδικότητα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Β) Δεν έχω υποβάλει άλλη αίτηση για ειδικότητα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Κατέχω έμμισθη θέση (ή έχω τοποθετηθεί για ειδίκευση) με την υπ’ αριθμ. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Υπουργική Απόφαση σε θέση έμμισθου ειδικευόμενου στην ειδικότητα της \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ και στο Νοσοκομείο\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ και τελειώνω την προκαταρκτική μου άσκηση την \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ οπότε και υποχρεούμαι να προσκομίσω το πιστοποιητικό ευδόκιμης άσκησης που χορηγεί η Επιστημονική Επιτροπή του Νοσοκομείου, προκειμένου εφ’ όσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις διορισμού, να τοποθετηθώ για ειδίκευση στην \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Υποχρεούμαι να υποβάλω Υ. Δ. όπου θα αναγράφεται ο χρόνος περάτωσης της ειδικότητας της \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ όταν διοριστώ στο Νοσοκομείο \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Μετά την περάτωση της υποχρεούμαι να προσκομίσω πιστοποιητικό ευδόκιμης άσκησης που χορηγεί η Επιστημονική Επιτροπή του Νοσοκομείου, προκειμένου εφ’ όσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις διορισμού, να τοποθετηθώ για ειδίκευση στην \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. Λαμβάνω γνώση ότι για ειδικότητες που αποτελούνται από δύο σταδία ειδίκευσης, υποχρεούμαι να προσκομίσω πιστοποιητικό ευδόκιμης άσκησης ειδίκευσης για το προκαταρκτικό στάδιο ειδίκευσης μέσα στις προθεσμίες που τίθενται από την κείμενη νομοθεσία ώστε να προκύψουν οι προϋποθέσεις διορισμού μου για το κύριο στάδιο ειδίκευσης.**

**7. Λαμβάνω γνώση πως σε περίπτωση αλλαγής ειδικότητας δεν θα μου καταβάλλονται τακτικές αποδοχές για τυχόν επιπλέον χρόνο άσκησης που δε συμπίπτει με τη νέα μου ειδικότητα (με εξαίρεση την ειδικότητα της Αναισθησιολογίας).**

**8. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμά που υποχρεούμαι να ακολουθήσω σύμφωνα με τα οριζόμενα στις παρ. Α και Β του άρθρ. 6 της υπ’ αριθ. Γ4δ/Γ.Π.οικ.37686/11-07-2024 Υπουργικής Απόφασης είναι :παλιό/νέο**

**9. Δεν έχω συμπληρώσει χρόνο άσκησης για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας.**

**10. α) Έχω Ελληνική υπηκοότητα.**

**β) Έχω υπηκοότητα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ κράτους μέλους της Ε. Ένωσης. (ή κράτους με ειδική σύνδεση με την Ε. Ένωση).**

**γ) Έχω υπηκοότητα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_και είμαι μέλος οικογένειας υπηκόου της Ε. Ένωσης.**

**δ) Έχω υπηκοότητα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_και είμαι ομογενής (κατέχω δελτίο ομογενούς ή άδεια παραμονής).**

**ε) Έχω υπηκοότητα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(τρίτης χώρας).**

**Ημερομηνία\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ο-Η Δηλ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΚΛΗΡΩΣΕΩΝ

**(ΆΡΘΡΟ 8 Ν.1599/86)**

**Προς:**  **Δ/νση Δημόσιας Υγείας & Κοιν. Μέριμνας Π.Ε**

**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. **Κατέχω - Δεν κατέχω έμμισθη θέση ……………………………………………….…..…….. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Έχω – Δεν έχω υποβάλλει άλλη αίτηση για ειδίκευση ………………………………..…….. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Έχω-Δεν έχω ασκηθεί για ειδικότητα ………………………………………………………. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
4. **Δεν συμμετέχω σε κλήρωση για άλλη ειδικότητα**
5. **Δεν συμμετέχω σε κλήρωση που διεξάγεται την ίδια ημέρα**
6. **Έχει – Δεν έχει ξεκινήσει η διαδικασία διορισμού μου στο ……………………………….. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
7. **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 ειδίκευση.**

1. **Δεν έχω συμπληρώσει χρόνο άσκησης για την απόκτηση τίτλου Ιατρ. Ειδικότητας.**
2. **α) Έχω Ελληνική υπηκοότητα.**

**β) Έχω υπηκοότητα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ κράτους μέλους της Ε. Ένωσης. (ή κράτους με ειδική σύνδεση με την Ε. Ένωση)**

**γ) Έχω υπηκοότητα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_και είμαι μέλος οικογένειας υπηκόου της Ε. Ένωσης.**

**δ) Έχω υπηκοότητα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_και είμαι ομογενής (κατέχω δελτίο ομογενούς ή άδεια παραμονής).**

**ε) Έχω υπηκοότητα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(τρίτης χώρας).**

**Ημερομηνία: ……/……/……**

**Ο-Η Δηλ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**