

**ΑΙΤΗΣΗ  
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΙΑΤΡΩΝ  
ΠΡΟΣ ΕΝΑΡΞΗ/ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΑΣΚΗΣΗΣ  
ΓΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ**

**ΠΡΟΣ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ  
Π.Ε. ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ & ΣΠΟΡΑΔΩΝ**

**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 .....

Συνοποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά :

A).....

B)..... (Πόλη - Ημερομηνία).....

Γ)..... Ο/Η ΑΙΤ.....

Δ).....

E).....

ΣΤ).....

.....  
(υπογραφή)

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ**

**(άρθρο 8 Ν. 1599/86)**

**Προς:**

**Περιφέρεια Θεσσαλίας**

**Δ/νη Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας Π.Ε. Μαγνησίας & Σποράδων**

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

8.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. \_\_\_\_\_

## ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ

(\*ΦΕΚ 314/Β/2016, \*ΦΕΚ 2464/Β/2016, \*ΦΕΚ 2561/Β/2017)

- 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 ταυτότητας ομογενούς, ή άδεια διαμονής ομογενούς (άρθρο 81 του Ν. 4251/2014 ΦΕΚ 80 Α'), ή δελτίο διαμονής μέλους οικογένειας Έλληνα/Ελληνίδας, ή πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από το οποίο να προκύπτει η σύναψη συμφώνου συμβίωσης με Έλληνα/Ελληνίδα, ή δελτίο μόνιμης διαμονής, ή προσωποπαγή άδεια διαμονής υπηκόων τρίτων χωρών (άρθρα 82, 83, 84, 85 και 87 του Ν. 4251/2014), ή άδεια επί μακρόν διαμένοντος υπηκόου τρίτης χώρας (άρθρα 88, 97 και 106 του Ν. 4251/2014), ή άδεια διαμονής δεύτερης γενιάς (άρθρο 108 του Ν. 4251/2014), ή κατοχή μπλε κάρτας της Ε.Ε (άρθρα 114 και 120 του Ν. 4251/2014), ή δεκαετή άδεια παραμονής (άρθρο 138 του Ν. 4251/2014).
- 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 επικύρωσης 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.
- δ. Φωτοαντίγραφο άδειας ή βεβαίωσης άσκησης ιατρικού επαγγέλματος. (στην περίπτωση που δεν έχει εκδοθεί ακόμη η βεβαίωση άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, θα δηλώνετε με την αίτησή σας και τον αριθμό πρωτοκόλλου της αίτησης που έχετε υποβάλει για την βεβαίωση αυτή ή θα υποβάλλετε τη βεβαίωση αναγγελία άσκησης ιατρικού επαγγέλματος. Σε κάθε περίπτωση, οφείλετε να υποβάλλετε τη βεβαίωση άσκησης ιατρικού επαγγέλματος αμέσως μόλις εκδοθεί, διαφορετικά δεν θα προτείνετε από την οικεία Περιφέρεια για την άσκησή σας στο Νοσοκομείο επιλογής σας.
- ε. Βεβαίωση εκπλήρωσης της υποχρεωτικής υπηρεσίας υπαίθρου ή πιστοποιητικό περί του χρόνου υπηρεσίας υπαίθρου από τις υπηρεσίες στις οποίες διανύθηκε.
- στ. Οι υπήκοοι κρατών-μελών της Ε.Ε. ή οι υπήκοοι τρίτων χωρών που έχουν τα δικαιώματα των κοινοτικών υπηκόων πρέπει να υποβάλλουν πιστοποιητικό ελληνομάθειας επιπέδου Β2 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.

### ΣΗΜΕΙΩΣΗ :

**Στα ξενόγλωσσα έγγραφα** θα υπάρχει Apostille, δηλαδή επισημείωση (σύμβαση της Χάγης της 5 Οκτ. 1961) με την οποία πιστοποιείται το κάθε δημόσιο έγγραφο, θα είναι δε επίσημα μεταφρασμένα από το Υπουργείο Εξωτερικών καθώς και από δικηγόρους. Σύμφωνα με τον Κώδικα των Δικηγόρων, οι δικηγόροι έχουν δικαίωμα μετάφρασης των ξενόγλωσσων εγγράφων, απαιτείται όμως, το πρωτότυπο ξενόγλωσσο έγγραφο να είναι συνδεδεμένο με την μετάφρασή του, με την στρογγυλή σφραγίδα του μεταφράσαντος δικηγόρου, και επίσης στο τέλος της μετάφρασης θα πρέπει να αναφέρεται ρητά ότι "η μετάφραση αυτή αφορά το συνημμένο πρωτότυπο ξενόγλωσσο έγγραφο ή ότι πρόκειται για ακριβή και αντιπεφωνημένη μετάφραση του συνημμένου φωτοτυπικού αντίγραφου εκ του πρωτοτύπου" και να είναι επίσης θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής από τον οικείο Πρόεδρο του Δικηγορικού Συλλόγου. Όταν μάλιστα πρόκειται για φωτοτυπικό αντίγραφο και όχι το πρωτότυπο ξενόγλωσσο έγγραφο, **αυτό επίσης επικυρώνεται** για κάθε νόμιμη χρήση ως ακριβές και αντιπεφωνημένο φωτοτυπικό αντίγραφο εκ του επιδειχθέντος, υπό του ενδιαφερομένου εις τον δικηγόρο, πρωτοτύπου.

### **ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ**

α. αίτηση στην οποία ο ενδιαφερόμενος θα πρέπει να συμπληρώσει τον αριθμό πρωτοκόλλου της απόφασης τοποθέτησης του στο προκαταρκτικό στάδιο, η οποία υποβάλλεται στην αρμόδια υπηρεσία της Περιφέρειας ή της Περιφερειακής ενότητας. Η αίτηση για συνέχιση της ειδίκευσης μπορεί να υποβληθεί μόνο μετά την έκδοση της απόφασης της αρχικής τοποθέτησης.

β. πιστοποιητικό του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο θα αναφέρεται η χρονική διάρκεια της προϋπηρεσίας του ενδιαφερόμενου. Το πιστοποιητικό αυτό πρέπει να υποβάλλεται εντός πέντε (5) εργασίμων ημερών από την ημερομηνία ανακοίνωσης της κενής θέσης, από την αρμόδια υπηρεσία της Περιφέρειας ή της Περιφερειακής ενότητας.

### **ΠΡΟΣΟΧΗ:**

Σύμφωνα με την υπ' αρ. πρωτ. Γ4δ/Γ.Π. οικ. 44946/14-07-2020 Απόφαση του Υφυπουργού Υγείας :

- η υποβολή των αιτήσεων για ειδίκευση μετά των προβλεπόμενων κατά περίπτωση δικαιολογητικών θα υποβάλλονται **μόνο** ηλεκτρονικά στο e-mail : **dimyg.kmer.magn@thessaly.gov.gr**
- η υποβολή των αιτήσεων για συνέχιση και ολοκλήρωση της ειδίκευσης καθώς και τα απαιτούμενα δικαιολογητικά θα υποβάλλονται **μόνο** ηλεκτρονικά στο e-mail : **dimyg.kmer.magn@thessaly.gov.gr**