

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
**1<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ**  
**ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»**



**ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ**

**Αθήνα: 22-12-2017**

**Αρ. πρωτ.: 26531**

**Λ. Μεσογείων 152, 11527**

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ  
 ΤΜΗΜΑ: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ  
 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Μπόμπολα Στ.  
 ΤΗΛ.: 213 2011339  
 ΦΑΞ: 210 7788055  
 Email: [iatrikop@sotiria.gr](mailto:iatrikop@sotiria.gr)

## **Α Π Ο Φ Α Σ Η**

**Προκήρυξης μιας (1) θέσης ειδικευμένου ιατρού του κλάδου Ε.Σ.Υ.  
 για το Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»**

### **Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Έχοντας υπ' όψιν:

**1.** Τις διατάξεις:

α) του αρθ.35 «Εισαγωγικός βαθμός κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ.», του Ν. 4368/2016 (ΦΕΚ 21 Α')  
 «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις»,

β) του Π.Δ. 63/2005 (ΦΕΚ 98 Α') «Κωδικοποίηση της νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα  
 Κυβερνητικά όργανα», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει,

γ) του Π.Δ 73/2015 (ΦΕΚ 116 Α') «Διορισμός Αντιπροέδρου της Κυβέρνησης, Υπουργών,  
 Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών»,

**2.** την υπ'αρ.Υ25/6-10-2015 (ΦΕΚ2144 Β') απόφαση του Πρωθυπουργού «Ανάθεση αρμοδιοτήτων  
 στον Αναπληρωτή Υπουργό Υγείας Παύλο Πολάκη»,

**3.** την υπ'αρ.Α2α/Γ.Π.οικ.22211/22-3-2016 (ΦΕΚ 794 Β') Υπουργική Απόφαση «Διαδικασία και  
 τρόπος προκήρυξης θέσεων ιατρών Ε.Σ.Υ. και προθεσμία και τρόπος υποβολής δικαιολογητικών»,

**4.** την υπ' αριθ. ΔΙΠΑΑΔ/Φ. ΕΓΚΡ./216/25868/22-12-2016 (Ορθή Επανάληψη) έγκριση θέσεων,

**5.** Το υπ'αριθμ. 4204/26-10-2017 έγγραφο του Υ.Υ.,

**6.** Τα υπ'αριθμ. πρωτ. 19828/11-5-2017, 33766/17-8-2017 έγγραφα της Διοίκησης 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ.

**7.** Το υπ'αριθμ. πρωτ. Γ4α/Γ.Π./65168/24-11-2017 έγγραφο του Υ.Υ.

**8.** Το υπ'αριθμ. πρωτ. 53806/6-12-2017 έγγραφο της Υποδιοικήτριας της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής

**9.** τον ισχύοντα οργανισμό του Νοσοκομείου,

**ΠΡΟΚΗΡΥΣΣΕΙ**

την πλήρωση της κάτωθι, επί θητεία, θέσης ειδικευμένου ιατρού του κλάδου Ε.Σ.Υ. και ως εξής:

<b>Α/Α</b>	<b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΒΑΘΜΟΣ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ</b>
1)	<b>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ (για το Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»)</b>	<b>ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β΄</b>	<b>1</b>

- **A.** Για την εν λόγω πρόσληψη απαιτούνται τα κατωτέρω τυπικά προσόντα:
  - i) Ελληνική ιθαγένεια, εξαιρουμένων των πολιτών κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
  - ii) Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
  - iii) Τίτλος αντίστοιχης θέσης ειδικότητας.
  - iv) Η ηλικία των υποψηφίων να μην υπερβαίνει το 50<sup>ο</sup> έτος. Ως ημερομηνία συμπλήρωσης του ορίου ηλικίας λογίζεται η 31<sup>η</sup> Δεκεμβρίου του έτους, εντός του οποίου ο υποψήφιος συμπληρώνει το απαιτούμενο, για τη βαθμίδα του Επιμελητή Β΄, όριο ηλικίας.
- **B. Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται είναι τα εξής:**
  1. Αίτηση – δήλωση σε ειδικό έντυπο το οποίο βρίσκεται αναρτημένο στον ιστότοπο του Υπουργείου Υγείας ([www.moh.gov.gr](http://www.moh.gov.gr)), στον ιστότοπο της 1<sup>ης</sup> Υ.Πε. Αττικής ή χορηγείται από την υπηρεσία μας, στην οποία υποβάλλονται τα δικαιολογητικά. Η αίτηση – δήλωση συμπληρώνεται με ακρίβεια και σε όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνει. Αιτήσεις σε άλλο έντυπο ή αιτήσεις στις οποίες δεν έχουν συμπληρωθεί όλα τα απαιτούμενα στοιχεία, δεν γίνονται δεκτές.
  2. Φωτοαντίγραφο πτυχίου. Σε περίπτωση πτυχίου Πανεπιστημίου κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται και φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης. Σε περίπτωση πτυχίων από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται: φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου, φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης και φωτοαντίγραφο απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ.
  3. Φωτοαντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
  4. Φωτοαντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας.
  5. Βεβαίωση του οικείου Ιατρικού Συλλόγου στην οποία να βεβαιώνεται:
    - ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος
    - η ασκούμενη ειδικότητα
    - ο συνολικός χρόνος άσκησής της.

6. Πιστοποιητικό γέννησης ή φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου όταν πρόκειται για πολίτη κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

7. Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής, όπου είναι απαραίτητη, όπως προκύπτει από την περίπτωση (β) του άρθρου 3 της υπ'αρ.Α2α/Γ.Π.οικ.22211/22-3-2016 Απόφασης του Υ.Υ. Οι εν λόγω βεβαιώσεις εκδίδονται από το τμήμα Γ' (Ιατρών υπόχρεων και επί τηθεία υπηρεσίας υπαίθρου) της Διεύθυνσης Ανθρωπίνων Πόρων Ν.Π. του Υπουργείου Υγείας.

Ωστόσο, για τους υποψήφιους που δεν διαθέτουν την ανωτέρω βεβαίωση μέχρι την ημερομηνία λήξης της προθεσμίας υποβολής των δικαιολογητικών, θα γίνεται δεκτή Υπεύθυνη Δήλωση από την οποία θα προκύπτει ο αριθμός πρωτοκόλλου της αίτησης, για την έκδοση της εν λόγω βεβαίωσης, που έχει υποβληθεί από τον υποψήφιο στο Υπουργείο Υγείας, καθώς και η υποχρέωσή του να την καταθέσει συμπληρωματικά, όταν εκδοθεί στην Γραμματεία του αρμόδιου για την κρίση Συμβουλίου, το αργότερο μέχρι την διαβίβαση των αιτήσεων υποψηφιότητας στους εισηγητές.

8. Υπεύθυνη δήλωση (επισυνάπτεται στο τέλος της παρούσης) του υποψηφίου για διορισμό ιατρού στην οποία να αναφέρονται τα εξής:

- Ότι δεν έχει αρνηθεί διορισμό σε θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. ή σε αντίθετη περίπτωση, ότι έχουν συμπληρωθεί πέντε (5) χρόνια από την παρέλευση της προθεσμίας ανάληψης υπηρεσίας.
- Ότι δεν έχει παραιτηθεί από θέση κλάδου ιατρών ΕΣΥ πριν από τη συμπλήρωση δύο (2) χρόνων από το διορισμό του ή σε αντίθετη περίπτωση ότι έχουν συμπληρωθεί πέντε (5) χρόνια από την ημερομηνία παραίτησής του.
- Ότι έχει συμπληρώσει δύο (2) χρόνια συνεχούς υπηρεσίας σε ομοιόβαθμη με την κρινόμενη θέση, εάν είναι ήδη ιατρός του Ε.Σ.Υ.

9. Υπεύθυνη δήλωση(επισυνάπτεται στο τέλος της παρούσης) του υποψηφίου για διορισμό ιατρού, στην οποία να αναφέρεται ότι δεν υπηρετεί στο Ε.Σ.Υ. ή ότι έχει υποβάλει παραίτηση από τη θέση ιατρού κλάδου Ε.Σ.Υ. στην οποία υπηρετεί. Η παραίτηση θα πρέπει να έχει υποβληθεί στο φορέα που υπηρετεί ο υποψήφιος, μέχρι τη λήξη προθεσμίας υποβολής δικαιολογητικών της παρούσας προκήρυξης.

10. Βιογραφικό σημείωμα στο οποίο να αναγράφονται περιληπτικά τα ουσιαστικά προσόντα του υποψηφίου και ιδιαίτερα εκείνα που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.8 του άρθ.37 του Ν.2519/97 (ΦΕΚ 165 Α'). Εκτός από αυτά ο υποψήφιος μπορεί να συμπληρώσει το βιογραφικό σημείωμα με κάθε στοιχείο που κατά την κρίση του αποτελεί ουσιαστικό κριτήριο για την κρίση και αξιολόγησή του από το Συμβούλιο Κρίσης.

11. Για την απόδειξη των ουσιαστικών προσόντων που αναφέρονται στο Βιογραφικό Σημείωμα, απαιτείται η υποβολή επίσημων πιστοποιητικών ή βεβαιώσεων.
12. Οι επιστημονικές εργασίες αναφέρονται στο βιογραφικό σημείωμα του υποψηφίου περιληπτικά. Ανάτυπα δημοσιευμένων επιστημονικών εργασιών και επιστημονικά περιοδικά, στα οποία έχουν δημοσιευθεί τέτοιες εργασίες, υποβάλλονται κατά την κρίση του υποψηφίου. Επιστημονικές εργασίες γραμμένες σε ξένη γλώσσα, πρέπει να υποβάλλονται και μεταφρασμένες στην ελληνική γλώσσα.
13. Οι πολίτες κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης πρέπει να υποβάλλουν βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας, η οποία χορηγείται μετά από εξετάσεις ενώπιων της αρμόδιας επιτροπής του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) κατά τα οριζόμενα στην υπ'αριθμ. Δ/10422/31-3-1993 (ΦΕΚ 263 Β') Υπουργική Απόφαση. Για τους ιατρούς που είναι απόφοιτοι ελληνικού Πανεπιστημίου ή έχουν αποκτήσει τίτλο ειδικότητας στην Ελλάδα, δεν απαιτείται βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας.
14. Ειδικές προϋποθέσεις ή κωλύματα που αναφέρονται ρητά στην προκήρυξη, αποδεικνύονται με την κατάθεση σχετικών πιστοποιητικών, βεβαιώσεων ή υπεύθυνων δηλώσεων που περιγράφονται στην προκήρυξη.
- **Γ.** Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα από τις αρμόδιες προς τούτο αρχές της ημεδαπής. Στα απλά φωτοαντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILLE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό. Σε κάθε περίπτωση και σύμφωνα με τα οριζόμενα στις υπ'αριθμ. ΔΙΣΚΠΟ/Φ.15/οικ.8342/01-04-2014 (ΑΔΑ:ΒΙΗΟΧ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/Φ Α.2.3./21119/01-09-2014 (ΑΔΑ:ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκύκλιους του Υπουργείου Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή φωτοαντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση ότι τα έγγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί πρωτίστως από δικηγόρο.
  - **Δ.** Η Αίτηση- Δήλωση (επισυνάπτεται στο τέλος της παρούσης) με όλα τα δικαιολογητικά, υποβάλλεται στο Πρωτόκολλο του Νοσοκομείου απευθυνόμενη στο Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού της Υπηρεσίας, **εις τριπλούν, εντός προθεσμίας είκοσι (20) ημερών, ήτοι από 3/1/2018 έως και 22/1/2018.**  
Αιτήσεις – Δηλώσεις που υποβάλλονται μετά τη λήξη της προθεσμίας δεν γίνονται δεκτές.
  - **Ε.** Αιτήσεις –Δηλώσεις μαζί με τα δικαιολογητικά, μπορούν να υποβάλλονται (**εις τριπλούν**) και ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή ή με εταιρεία ταχυμεταφοράς, στη Γραμματεία του Νοσοκομείου, **στη Διεύθυνση Μεσογείων 152, Τ.Κ. 115-27, μέσα στην ορισθείσα προθεσμία.** Για τις αιτήσεις αυτές η ημερομηνία υποβολής προκύπτει, είτε από τη σφραγίδα του ταχυδρομείου είτε από το αποδεικτικό παράδοσης στην εταιρεία ταχυμεταφοράς.

- **ΣΤ.** Η απόφαση προκήρυξης αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3861/2010 (ΦΕΚ 112 Α') και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους, ενώ αποστέλλεται και στην 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής προκειμένου να αναρτηθεί στον ιστότοπό της.
- **Ζ.** Η απόφαση προκήρυξης, η Αίτηση-Δήλωση και οι δύο (2) υπεύθυνες δηλώσεις που θα πρέπει να συμπληρώσουν οι υποψήφιοι ιατροί βρίσκονται αναρτημένα στον ιστότοπο του Νοσοκομείου ([www.sotiria.gr](http://www.sotiria.gr)).

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ**

**ΤΟΥ Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»**

**ΠΕΤΡΟΣ ΛΥΡΙΝΤΖΗΣ**

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ**

- i. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**  
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΑΝΘΡ. ΠΟΡΩΝ & Δ/ΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ  
Δ/ΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ Ν.Π.  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΩΝ ΕΣΥ  
Αριστοτέλους 17  
104 33 ΑΘΗΝΑ
- ii. 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ**  
Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ  
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
& ΚΟΙΝΩΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ  
Ζαχάρωφ 3  
115 21 ΑΘΗΝΑ
- iii. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΘΗΝΩΝ**  
Σεβαστουπόλεως 113  
115 26 ΑΘΗΝΑ
- iv. ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ**  
Πλουτάρχου 3  
106 75 ΑΘΗΝΑ

ΠΡΟΣ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/Υ.ΠΕ.:  
 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

**ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ**  
**ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ Ε.Σ.Υ.**

1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

- 1.1. ΕΠΩΝΥΜΟ:  
 1.2. ΟΝΟΜΑ:  
 1.3. ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:  
 1.4. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ):  
 1.5. ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ΧΩΡΑ/ΠΟΛΗ/ΧΩΡΙΟ):  
 1.6. ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:  
 1.7. Α.Φ.Μ.:

2. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

- ΟΔΟΣ: ΑΡΙΘΜΟΣ:  
 ΠΟΛΗ/ΧΩΡΙΟ:  
 Τ.Κ.: ΝΟΜΟΣ: ΧΩΡΑ:  
 ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:  
 Δ/ΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ (email):

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΤΥΧΙΟΥ:

- 3.1. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΤΗΣΗΣ:  
 3.2. ΧΩΡΑ:  
 3.3. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ:

4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ:

- 4.1. ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:  
 4.2. ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ:

5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ:

- 5.1. ΑΣΚΟΥΜΕΝΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:  
 5.2. ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ:
- ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:  
 ΕΤΗ: ΜΗΝΕΣ: ΗΜΕΡΕΣ:
  - ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ:  
 ΕΤΗ: ΜΗΝΕΣ: ΗΜΕΡΕΣ:
  - ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΔΕ ΧΟΡΗΓΕΙΤΑΙ ΤΙΤΛΟΣ:  
 ΕΤΗ: ΜΗΝΕΣ: ΗΜΕΡΕΣ:
- 5.3. ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ:  
 ΕΤΗ: ΜΗΝΕΣ: ΗΜΕΡΕΣ:

6. ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΠΑΙΘΡΟΥ:

ΝΑΙ  ΟΧΙ

7. ΥΠΗΡΕΤΩ Ή ΥΠΗΡΕΤΗΣΑ ΣΕ ΘΕΣΗ ΚΛΑΔΟΥ ΙΑΤΡΩΝ Ε.Σ.Υ.:

ΝΑΙ  ΟΧΙ

7.1. ΕΑΝ ΝΑΙ:

ΤΟΜΕΑΣ: ΤΜΗΜΑ:  
 ΒΑΘΜΟΣ: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:  
 ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ: ΑΠΟ: ΕΩΣ:

7.2. ΥΠΗΡΕΤΟΥΣΑ ΑΛΛΑ ΕΧΩ ΠΑΡΑΙΤΗΘΕΙ:

Έχω παραιτηθεί με την υπ' αριθμ. .... αίτηση παραίτησης μου από τη θέση του νοσοκομείου ..... προκειμένου να θέσω υποψηφιότητα στην παρούσα προκήρυξη: Η παραίτησή μου έγινε αποδεκτή με την υπ' αριθμ. .... απόφαση του Υπουργού (ΦΕΚ .....) ή για την παραίτησή μου δεν έχει εκδοθεί ακόμα απόφαση παραίτησης και υποχρεούμαι, με την έκδοση του ΦΕΚ της αποδοχής

της παραίτησής μου να ενημερώσω σχετικά την υπηρεσία σας πριν την οριστική κρίση από το αρμόδιο Συμβούλιο κρίσεων ιατρών.

8. ΥΠΗΡΕΤΩ Ή ΥΠΗΡΕΤΗΣΑ ΩΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ:

ΝΑΙ  ΟΧΙ

8.1. ΕΑΝ ΝΑΙ:

ΤΟΜΕΑΣ:

ΤΜΗΜΑ:

ΒΑΘΜΟΣ:

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:

ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ: ΑΠΟ:

ΕΩΣ:

Α. Σας υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά και παρακαλώ να κριθώ για διορισμό στη θέση ειδικευμένου ιατρού κλάδου Ε.Σ.Υ. .... για το νοσοκομείο σας, που έχει προκηρυχθεί με την υπ' αριθμ. .... απόφαση προκήρυξης.

Β. Έχω υποβάλλει αίτηση στις παρακάτω θέσεις ειδικευμένων ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ., για τις οποίες εκκρεμεί η κρίση:

- |                |              |
|----------------|--------------|
| 1. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: | ΘΕΣΗ/ΒΑΘΜΟΣ: |
| 2. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: | ΘΕΣΗ/ΒΑΘΜΟΣ: |
| 3. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: | ΘΕΣΗ/ΒΑΘΜΟΣ: |
| 4. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: | ΘΕΣΗ/ΒΑΘΜΟΣ: |
| 5. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: | ΘΕΣΗ/ΒΑΘΜΟΣ: |

Γ. Τον συνολικό αριθμό των αιτήσεών μου με στοιχεία Α και Β τοποθετώ στην παρακάτω σειρά προτίμησης για διορισμό:

- |                |              |
|----------------|--------------|
| 1. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: | ΘΕΣΗ/ΒΑΘΜΟΣ: |
| 2. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: | ΘΕΣΗ/ΒΑΘΜΟΣ: |
| 3. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: | ΘΕΣΗ/ΒΑΘΜΟΣ: |
| 4. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: | ΘΕΣΗ/ΒΑΘΜΟΣ: |
| 5. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: | ΘΕΣΗ/ΒΑΘΜΟΣ: |

Δ. Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή. Υποχρεώνομαι να προσκομίσω όσα δικαιολογητικά μου ζητηθούν, που να βεβαιώνουν την ακρίβεια όσων δηλώνω.

Ε. Συνημμένο σας υποβάλλω κατάλογο με τα δικαιολογητικά που προσκομίζω αριθμημένα και φυλλομετρημένα.

ΣΤ. Έλαβα γνώση ότι τυχόν ψευδής, ελλιπής ή ανακριβής δήλωση είναι δυνατόν να οδηγήσει στην απόρριψη μου από τη διαδικασία κρίσης και επιλογής ειδικευμένων ιατρών Ε.Σ.Υ.

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ/ΑΣ**

.....

.....

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ**

1. Αίτηση – δήλωση
2. Φωτοαντίγραφο πτυχίου
3. Φωτοαντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος
4. Φωτοαντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας
5. Βεβαίωση Ιατρικού Συλλόγου
6. Πιστοποιητικό γέννησης ή φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου
7. Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής
8. Υπεύθυνη δήλωση του υποψήφιου για διορισμό ιατρού
9. Βιογραφικό σημείωμα
10. Εργασίες: Αριθμοί και τίτλοι
  - 10.1. ....
  - 10.2. ....
  - 10.3. ....
11. Πιστοποιητικά μετεκπαίδευσης: Αριθμοί και τίτλοι
  - 11.1. ....
  - 11.2. ....
  - 11.3. ....
12. Βεβαιώσεις προϋπηρεσίας
  - 12.1. ....
  - 12.2. ....
  - 12.3. ....
13. Άλλα δικαιολογητικά
  - 13.1. ....
  - 13.2. ....
  - 13.3. ....

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ/ΑΣ**

.....





**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**  
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

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

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :							
Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		Τηλ:					
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):		Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Δεν έχω αρνηθεί διορισμό σε θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. ή  
 Έχουν συμπληρωθεί πέντε (5) χρόνια από την παρέλευση της προθεσμίας ανάληψης υπηρεσίας
- Δεν έχω παραιτηθεί από θέση κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. πριν από τη συμπλήρωση δυο (2) ετών από τον διορισμό μου ή  
 Έχουν συμπληρωθεί πέντε (5) χρόνια από την ημερομηνία παραίτησής μου.
- Υπηρετώ σε θέση του κλάδου Ε.Σ.Υ. και έχουν συμπληρωθεί δυο (2) χρόνια συνεχούς υπηρεσίας σε ομοίβαθμη με την κρινόμενη θέση.

Ημερομηνία: .....20.....

Ο – Η Δηλ....

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

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

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :							
Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		Τηλ:					
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):		Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Δεν υπηρετώ σε θέση ειδικευμένου ιατρού κλάδου Ε.Σ.Υ. ή
- Έχω υποβάλλει παραίτηση από τη θέση ειδικευμένου ιατρού κλάδου Ε.Σ.Υ. στην οποία υπηρετούσα προκειμένου να καταθέσω αίτηση υποψηφιότητας στην παρούσα προκήρυξη.

Ημερομηνία: .....20.....

Ο – Η Δηλ....

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.