

# ΑΙΤΗΣΗ

## ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΠΡΟΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ

### ΠΡΟΣ ΤΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Π.Ε. ΛΑΡΙΣΑΣ / ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ & ΣΠΟΡΑΔΩΝ/ ΤΡΙΚΑΛΩΝ / ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ ..... ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ :..... ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ .....

ΟΛΟΣ: ..... ΑΡΙΘΜΟΣ:..... ΠΟΛΗ: .....

Τ. Κ.: .....ΤΗΛ: .....ΚΙΝΗΤΟ :.....

E-MAIL: \_\_\_\_\_

ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ \_\_\_\_\_.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ.....ΗΜΕΡ. ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΟΥ...../...../.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ & ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ...../...../.....

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

Συνοποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά :

Α)..... Ημερομηνία.....

Β)..... Ο/Η ΑΙΤ.....

Γ).....

Δ).....

Ε)..... (υπογραφή)

ΣΤ).....

**Η παρούσα αίτηση με τα δικαιολογητικά υποβάλλεται αποκλειστικά ψηφιακά στο  
e-mail:**

**Για τα νοσοκομεία:**

Λάρισας στο: [iatroi.lar@thessaly.gov.gr](mailto:iatroi.lar@thessaly.gov.gr)

Καρδίτσας στο: [dimyg.kmer.kard@thessaly.gov.gr](mailto:dimyg.kmer.kard@thessaly.gov.gr)

Τρίκαλα στο: [dimyg.kmer.trik@thessaly.gov.gr](mailto:dimyg.kmer.trik@thessaly.gov.gr)

Βόλου στο: [dimyg.kmer.magn@thessaly.gov.gr](mailto:dimyg.kmer.magn@thessaly.gov.gr)



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΕ ΛΙΣΤΑ  
(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: Περιφέρεια Θεσσαλίας  
Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας-Τμήμα Υπηρεσιών & Επαγ. Υγείας 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 και γνωρίζοντας για τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/86, δηλώνω ότι:

1. Έχω υποβάλει την υπ. αρ. πρωτ. \_\_\_\_\_ αίτηση για την έκδοση άδειας άσκησης επαγγέλματος την οποία υποχρεούμαι να προσκομίσω άμεσα κατόπιν της έκδοσής της.

2. Δεν κατέχω έμμισθη θέση.

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Έχω υποβάλει άλλη αίτηση για ειδικότητα στο \_\_\_\_\_

5. Έχω τοποθετηθεί για ειδίκευση με την υπ' αριθμ. \_\_\_\_\_ Υπουργική Απόφαση σε θέση έμμισθου ειδικευόμενου στην ειδικότητα της \_\_\_\_\_ και στο νοσοκομείο \_\_\_\_\_

και περατώνω την ειδίκευση μου στις \_\_\_\_\_ (Η ημερομηνία είναι ενδεικτική και όχι δεσμευτική).

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. Λαμβάνω γνώση ότι σε περίπτωση αλλαγής ειδικότητας γίνονται μισθολογικές κρατήσεις για τυχόν πλεονάζοντα χρόνο ειδίκευσης που δεν συμπεριλαμβάνεται στη νέα μου ειδικότητα.

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

9. Έχω υπηκοότητα \_\_\_\_\_

Ημερομηνία \_\_\_\_\_

Ο-Η Δηλ. \_\_\_\_\_

## ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ

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

**Σε περίπτωση υποβολής αίτησης με ελλιπή ή εσφαλμένα δικαιολογητικά, βάσει της ισχύουσας νομοθεσίας, οι αιτήσεις δεν θα λαμβάνονται υπόψη από την Υπηρεσία μας, με ταυτόχρονη ενημέρωση του αιτούντα (τηλεφωνική ή ηλεκτρονική) και η αίτηση θα πρέπει να επανυποβάλλεται. Η νέα αίτηση θα λαμβάνει νέο αριθμό πρωτοκόλλου.**

1. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου.

2. 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/Ελληνίδα, 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).

3. Πτυχίο:

\* Φωτοαντίγραφο πτυχίου Ιατρικής Σχολής Ελληνικού Πανεπιστημίου ή βεβαίωσης από τη γραμματεία του Πανεπιστημίου από την οποία να προκύπτει ότι ο ενδιαφερόμενος έχει καταστεί πτυχιούχος.

\* Για πτυχιούχους από κράτη της Ε.Ε. απαιτείται πτυχίο Πανεπιστημίου του κράτους-μέλους της Ε.Ε., το οποίο θα συνοδεύεται από επίσημη μετάφρασή του και βεβαίωση από την αρμόδια αρχή του τόπου προέλευσης, ότι το πτυχίο πληροί τις προϋποθέσεις σύμφωνα με την οδηγία της Ε.Ε. 2005/36/ΕΚ, όπως ισχύει κάθε φορά, μαζί με την επίσημη μετάφρασή της. Όλα τα ανωτέρω επισήμως σφραγισμένα από την αρχή του τόπου προέλευσης (APOSTILLE/Χάγης).

\* Για ξενόγλωσσα πτυχία από μη κράτος της Ε.Ε. προσκομίζετε το πτυχίο, επίσημη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα και την απόφαση ισοτιμίας και αντιστοιχίας του ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ.

4. Φωτοαντίγραφο άδειας ή βεβαίωσης άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.

**Στην περίπτωση που δεν έχει εκδοθεί ακόμη η βεβαίωση άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, θα δηλώνετε τον αριθμό πρωτοκόλλου της αίτησης σας και θα υποβάλλεται και τη βεβαίωση υποβολής αίτησης που θα σας χορηγήσει ο Π.Ι.Σ.).** Σε κάθε περίπτωση, οφείλετε να αποστείλετε τη βεβαίωση άσκησης ιατρικού επαγγέλματος αμέσως μόλις εκδοθεί, διαφορετικά δεν θα προτείνεστε από την οικεία Περιφέρεια για την άσκησή σας στο Νοσοκομείο επιλογής σας.

5. Βεβαίωση εκπλήρωσης της υποχρεωτικής υπηρεσίας υπαίθρου ή πιστοποιητικό περί του χρόνου υπηρεσίας υπαίθρου από τις υπηρεσίες στις οποίες διανύθηκε.

6. 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.

## ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ

1. 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 ειδικευσης μπορεί να υποβληθεί μόνο μετά την έκδοση της απόφασης της αρχικής τοποθέτησης.
2. 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:**

**Σε περίπτωση υποβολής αίτησης με ελλιπή ή εσφαλμένα δικαιολογητικά, βάσει της ισχύουσας νομοθεσίας, οι αιτήσεις δεν θα λαμβάνονται υπόψη από την Υπηρεσία μας, με ταυτόχρονη ενημέρωση του αιτούντα (τηλεφωνική ή ηλεκτρονική) και η αίτηση θα πρέπει να επανυποβάλλεται. Η νέα αίτηση θα λαμβάνει νέο αριθμό πρωτοκόλλου.**

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ** Η Υπουργική Απόφαση διορισμού στην ειδικότητα έχει ισχύ από τη δημοσίευσή της στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ. Μετά την έκδοσή της, οποιοδήποτε αίτημα ή ερώτημα που αφορά στην ανάληψη υπηρεσίας στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα θα υποβάλλεται αποκλειστικά στο Υπουργείο Υγείας Δ/ση Ανθρώπινου Δυναμικού Νομικών Προσώπων – Τμήμα Ειδικευόμενων Ιατρών, Αριστοτέλους 17, Αθήνα (email: [prosop\\_np\\_d@moh.gov.gr](mailto:prosop_np_d@moh.gov.gr)/ τηλ: 213 216 1022, 1508, 1019, 1020, 1023, 1105, 1259).

**Δικαίωμα υποβολής αίτησης για καταχώριση στη λίστα αναμονής για ειδικευση θα έχετε μόνο με τη βεβαίωση υποβολής αίτησης που θα σας χορηγήσει ο Π.Ι.Σ.**

Σύμφωνα με την υπ' αρ. πρωτ. Γ4δ/Γ.Π.οικ. 44946/14-07-2020 Απόφαση του Υφυπουργού Υγείας η υποβολή των αιτήσεων για έναρξη ή συνέχιση ειδικευσης μετά των προβλεπόμενων κατά περίπτωση δικαιολογητικών θα υποβάλλονται μόνο ηλεκτρονικά στο e-mail:

Λάρισα: [iatroi.lar@thessaly.gov.gr](mailto:iatroi.lar@thessaly.gov.gr)

Καρδίτσα: [dimyg.kmer.kard@thessaly.gov.gr](mailto:dimyg.kmer.kard@thessaly.gov.gr)

Τρίκαλα: [dimyg.kmer.trik@thessaly.gov.gr](mailto:dimyg.kmer.trik@thessaly.gov.gr)

Βόλου: [dimyg.kmer.magn@thessaly.gov.gr](mailto:dimyg.kmer.magn@thessaly.gov.gr)