

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 ΟΔΟΣ: ΑΡΙΘΜΟΣ:..... ΠΟΛΗ: Τ. Κ.: ΤΗΛ: ΚΙΝΗΤΟ :..... E-MAIL: _____ ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ _____. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ..... ΗΜΕΡ. ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΟΥ...../...../..... ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ: ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ/...../.....

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 :

- A).....
- B).....
- Γ).....
- Δ).....
- E).....
- ΣΤ).....

Ημερομηνία.....

Ο/Η ΑΙΤ.....

.....

(υπογραφή)



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΕ ΛΙΣΤΑ ΑΝΑΜΟΝΗΣ

(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 (κυκλώστε αναλόγως):

1. Έχω υποβάλει την υπ. αρ. πρωτ. _____ αίτηση για την έκδοση βεβαίωσης άσκησης επαγγέλματος την οποία υποχρεούμαι να προσκομίσω άμεσα κατόπιν της έκδοσής της.
2. Α) Δεν κατέχω έμμισθη θέση ειδικευόμενου
Β) Κατέχω θέση αγροτικού ιατρού και θα παραιτηθώ όταν τοποθετηθώ για ειδικευση
Γ) Κατέχω θέση άγονου αγροτικού στο..... Ανέλαβα υπηρεσία και περατώνω την.....
Δ) Έχω τοποθετηθεί για ειδικευση με την υπ' αριθμ. _____ Υπουργική Απόφαση σε θέση έμμισθου ειδικευόμενου στην ειδικότητα της _____ και στο νοσοκομείο _____ και περατώνω την ειδικευση μου στις _____ (Η ημερομηνία είναι ενδεικτική και όχι δεσμευτική).
3. Α) Έχω ασκηθεί για ειδικότητα στο Νοσοκομείο για την ειδικότητα της για χρονικό διάστημα (σας επισυνάπτω το πιστοποιητικό ευδόκιμης άσκησης).
Β) Δεν έχω ασκηθεί για ειδικότητα
4. Α) Έχω υποβάλει άλλη αίτηση για ειδικότητα στο νοσοκομείο για την ειδικότητα
Β) Δεν έχω υποβάλει άλλη αίτηση για ειδικότητα
5. Το πρόγραμμα εκπαίδευσης που υποχρεούμαι να ακολουθήσω θα είναι:
Α) αίτηση πριν την 20/09/2018 ο χρόνος και τα στάδια άσκησης ορίζονται από το ΠΔ 415/94 (ΦΕΚ 236/Α), ΠΔ 204/98 (ΦΕΚ 214/Α), άρθ. 22 του Ν.4272/14 (ΦΕΚ 145 Α') και άρθ.31 του Ν.4316/14 (ΦΕΚ 270/Α)
Β) αίτηση μετά την 20/09/2018 ο χρόνος και τα στάδια άσκησης ορίζονται από τις διατάξεις της με αριθμ. πρωτ. Γ5α/Γ.Π.οικ.64843/29-8-2018 (ΦΕΚ 4138 Β') Υ.Α.
6. Λαμβάνω γνώση ότι για ειδικότητες που αποτελούνται από δύο στάδια ειδικευσης, υποχρεούμαι να προσκομίσω πιστοποιητικό ευδόκιμης άσκησης ειδικευσης για το προκαταρκτικό στάδιο ειδικευσης μέσα στις προθεσμίες που τίθενται από την κείμενη νομοθεσία ώστε να προκύψουν οι προϋποθέσεις διορισμού μου για το κύριο στάδιο ειδικευσης.
7. Λαμβάνω γνώση ότι σε περίπτωση αλλαγής ειδικότητας δεν μου καταβάλλονται τακτικές αποδοχές για τυχόν επιπλέον χρόνο άσκησης που δεν συμπίπτει με τη νέα του ειδικότητα (με εξαίρεση την ειδικότητα της Αναισθησιολογίας).
8. Δεν έχω συμπληρώσει χρόνο άσκησης για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας.
9. Δεν κατέχω τίτλο Ιατρικής Ειδικότητας

10. Α) Έχω Ελληνική υπηκοότητα

Β) Έχω υπηκοότητα κράτους μέλους της Ε. Ένωσης.(ή χώρας με ειδική σύνδεση με την Ε. Ένωση)

Γ) Έχω υπηκοότητα και είμαι παντρεμένος/η με υπήκοο της Ε. Ένωσης.

Δ) Έχω υπηκοότητα..... και είμαι ομογενής(κατέχω δελτίο ομογενούς ή άδεια παραμονής)

Ημερομηνία _____

Ο-Η Δηλ _____

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (ΦΕΚ 4576/Β/2024)

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. Απαιτούμενα δικαιολογητικά για έναρξη ειδικότητας

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 ταυτότητας 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/Ελληνίδα, ή δελτίο διαμονής σε πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (άρθρα 93 και 162 του ν.5038/2023, ΦΕΚ 8 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. 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.

2. Απαιτούμενα δικαιολογητικά για συνέχιση ειδίκευσης

Για τη συνέχιση και ολοκλήρωση της ειδίκευσης απαιτούνται -εκτός των δικαιολογητικών αναφέρονται ανωτέρω- επιπλέον και τα εξής:

A. Για την άσκηση στις ειδικότητες που απαιτείται ενιαία τοποθέτηση (κατά τα οριζόμενα στην παρ.1 του άρθρου 6 της Γ4δ/Γ.Π.οικ.37686/11-07-2024), ένα από τα κάτωθι:

1) Βεβαίωση παραίτησης από το προηγούμενο νοσηλευτικό ίδρυμα/φορέα τοποθέτησης του ιατρού (εφόσον το προηγούμενο νοσηλευτικό ίδρυμα/φορέας χορηγεί πλήρη χρόνο ειδίκευσης στην ειδικότητά του), ή βεβαίωση προϋπηρεσίας για το χρονικό διάστημα που έχει ασκηθεί,

2) Ειδικότερα για τις ειδικότητες της Χειρουργικής και Εσωτερικής Παθολογίας, υπεύθυνη δήλωση, στην οποία ο ενδιαφερόμενος θα πρέπει να συμπληρώσει τον αριθμό πρωτοκόλλου της απόφασης τοποθέτησης του σε νοσηλευτικό ίδρυμα/φορέα που χορηγεί μερικό χρόνο άσκησης για τις εν λόγω ειδικότητες (με την εξαίρεση των προβλεπομένων στην παρ.1. του άρθρου 6 της Γ4δ/Γ.Π.οικ.37686/11-07-2024 για τα νοσοκομεία που παρέχουν μερική άσκηση και έχουν οριστεί ως άγονα).

B) Για την άσκηση στις ειδικότητες που απαιτείται τοποθέτηση των ειδικευομένων ιατρών σε προκαταρκτικό (γενικό) και κύριο (ειδικό) στάδιο (κατά τα οριζόμενα στην παρ.2 του άρθρου 6 της Γ4δ/Γ.Π.οικ.37686/11-07-2024) και για τη συνέχιση στο κύριο στάδιο, ένα από τα κάτωθι:

1) Υπεύθυνη δήλωση, στην οποία ο ενδιαφερόμενος θα πρέπει να συμπληρώσει τον αριθμό πρωτοκόλλου της απόφασης τοποθέτησής του στο προκαταρκτικό στάδιο (για τον συνολικό ή υπολειπόμενο χρόνο του προκαταρκτικού σταδίου) και την οποία μπορεί να υποβάλει καθ'όλη τη διάρκεια της ειδίκευσής του σε αυτό το νοσοκομείο/φορέα της προκαταρκτικής άσκησης,

2) Πιστοποιητικό/ά εκπλήρωσης του προκαταρκτικού σταδίου. Εφόσον ο ιατρός έχει ασκηθεί στην αλλοδαπή, **κατατίθεται απόφαση αναγνώρισης του χρόνου ειδίκευσης** από την αρμόδια Διεύθυνση του Υπουργείου Υγείας. Το αυτό ισχύει και για χρόνο άσκησης ιατρού σε νοσηλευτικό ίδρυμα/φορέα κατά τη διάρκεια της στρατιωτικής του θητείας,

3) Βεβαίωση ανάληψης υπηρεσίας σε Γενικά Νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας, Π.Ε.Δ.Υ- Κέντρα Υγείας, Π.Ε.Δ.Υ-Περιφερειακά Ιατρεία άγονων περιοχών σύμφωνα με τις διατάξεις του Π.Δ 131/1987(ΦΕΚ 73 Α) ή με Υπουργικές αποφάσεις, για την εκπλήρωση της υποχρεωτικής υπηρεσίας υπαίθρου, κατά τα οριζόμενα στην παρ. 5 του άρθρου 6 της παρούσας,

4) Βεβαίωση παραίτησης από το προηγούμενο νοσηλευτικό ίδρυμα/φορέα τοποθέτησης του ιατρού (εφόσον το προηγούμενο νοσηλευτικό ίδρυμα/φορέας χορηγεί πλήρη χρόνο άσκησης στο κύριο στάδιο της ειδικότητάς του) ή βεβαίωση προϋπηρεσίας για το χρονικό διάστημα που έχει ασκηθεί.