



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3^{ης} ΥΠΕ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ)
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
«Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ – Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»
ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΔΡΑΣ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»**

Διεύθυνση: Διοικητικού

Τμήμα: Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού

Ταχ. Δ/ση: Εθνικής Αμύνης 41,

Τ.Κ. 54635, Θεσ/νίκη

Τηλ.: 2313 308153

Φαξ: 2310 210401

E-mail: prosopiko2@gennimatas-thess.gr

Θεσσαλονίκη 20/4/2017

Αριθμ. Πρωτ: 5841

ΑΠΟΦΑΣΗ – ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ

ΘΕΜΑ: Προκήρυξη δύο (2) θέσεων ειδικευμένων ιατρών ειδικότητας Παθολογίας, επί θητεία, του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. για την Οργανική Μονάδα Έδρας «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» του Γ.Ν.Θ. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ – Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ».

**Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ του
Γ.Ν.Θ. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ – Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"
(Οργανική Μονάδα Έδρας «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»)**

Έχοντας υπόψη :

1. Τις διατάξεις

- του Ν.1397/83 (ΦΕΚ 143/Α/7.10.1983)
- του Ν.1759/88 (ΦΕΚ 50/Α/18.3.1988)
- του Ν.2071/92 (ΦΕΚ 123/Α/15.7.1992)
- του Ν.2194/94 (ΦΕΚ 34/Α/16.3.1994)
- του Ν. 2345/95 (ΦΕΚ 213/Α/12.10.1995)
- του Ν.2519/97 (ΦΕΚ 165/Α/21.8.1997)
- του Ν.2716/99 (ΦΕΚ 96/Α/17.5.1999)
- του Ν.2737/99 (ΦΕΚ 174/Α/1999)
- του Ν.2889/01 (ΦΕΚ 37/Α/2.3.2001)
- του Ν.2955/01 (ΦΕΚ 256/Α/2.11.2001)
- του Ν.3106/03 (ΦΕΚ 30/Α/10.2.2003)
- του Ν. 3172/03 (ΦΕΚ 197/Α/6.8.2003)
- του Ν.3204/03 (ΦΕΚ 296/Α/23.12.2003)
- του Ν.3205/03 (ΦΕΚ 297/Α/23.12.2003)
- του άρθρου 43 του Ν.3252/04 (ΦΕΚ 132/Α/16.7.2004)
- του Ν.3293/04 (ΦΕΚ 231/Α/26.11.2004)
- του Ν.3329/05 (ΦΕΚ 81/Α/4.4.2005)
- του Ν. 3370/05 (ΦΕΚ 176/Α/11.7.2005)

- του Ν.3527/07 (ΦΕΚ 25/Α/9.2.2007)
 - του Ν.3580/07 (ΦΕΚ 134/Α/18.6.2007)
 - του Ν.3754/09 (ΦΕΚ 432/Α/11.3.2009)
 - του Ν.3868/10 (ΦΕΚ 129/Α/3.8.2010)
 - του Ν.3918/11 (ΦΕΚ 31/Α/2.3.2011)
 - του Ν.3986/11 (ΦΕΚ 152/Α/1.7.2016)
 - του Ν.4025/11 (ΦΕΚ 228/2.11.2011)
 - του Ν.4052/12 (ΦΕΚ 41/Α/1.3.2012)
 - του Ν.4093/12 (ΦΕΚ 222/Α/12.11.2012)
 - του άρθρου 35 του Ν.4368/16 (ΦΕΚ 21/Α/21.2.2016) «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις».
2. Την υπ' αριθμ. ΔΙΠΑΑΔ/Φ.ΕΓΚΡ./216/25868/22-12-2016 (Ορθή Επανάληψη) έγκριση θέσεων.
 3. Το απόσπασμα πρακτικών της 4^{ης}/21-2-2017 (Θέμα 5^ο) έκτακτης συνεδρίασης του Δ.Σ. του Νοσοκομείου «Έγκριση προκήρυξης μίας (1) οργανικής θέσης ειδικότητας Παθολογίας ειδικευμένων ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ. στο βαθμό του Διευθυντή για την Οργανική Μονάδα Έδρας «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ – Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ».
 4. Την υπ' αριθμ. πρωτ. Α2α/Γ.Π./οικ.19996/15-3-2017 απόφαση έγκρισης του Υπουργείου Υγείας για προκήρυξη θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ..
 5. Το υπ' αριθμ. πρωτ. Δ3α/10487/20-3-2017 έγγραφο της Διοίκησης της 3^{ης} Υ.ΠΕ, σχετικά με την έγκριση για προκήρυξη θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου ΕΣΥ.
 6. Την υπ' αριθμ. πρωτ. Α2α/Γ.Π./οικ.22211/22-3-2016 απόφαση του Υπουργείου Υγείας (ΦΕΚ 794/23-3-2016/τ.Β') «Διαδικασία και τρόπος προκήρυξης θέσεων ιατρών Ε.Σ.Υ. και προθεσμία και τρόπος υποβολής δικαιολογητικών».
 7. Το υπ' αριθμ. πρωτ. Α2α/Γ.Π.οικ.37742/26-5-2016 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας «Διευκρινήσεις σχετικά με υποβολή ξενόγλωσσων δικαιολογητικών για θέσεις ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ.».
 8. Την υπ' αριθμ. πρωτ. ΔΥ13α/οικ. 39832/97 Υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 1088/1997/τ.Β') «Ιεράρχηση κριτηρίων κρίσης και συγκριτικής αξιολόγησης υποψηφίων για θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ.».
 9. Την υπ' αριθμ. πρωτ. Υ10α/Γ.Π/οικ.55177/27-4-2009 εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την εφαρμογή του Ν.3754/2009.
 10. Τον Οργανισμό του Νοσοκομείου (ΦΕΚ 3485/Β/31-12-2012).
 11. Την υπ' αριθμ. πρωτ. Α2β/Γ.Π.οικ.39426/30-5-2016 κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας και του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας, η οποία εκδόθηκε σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.3528/2007 και του άρθρου 2 του Ν.4052/2012 (ΦΕΚ 304/13-6-2016/τ.Υ.Ο.Δ.Δ.), περί διορισμού της κ. Τσούγκα Μελπομένης του Αθανασίου σε θέση Διοικήτριας του Γ.Ν.Θ. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ – Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ».

ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

Προκηρύσσει για πλήρωση τις παρακάτω θέσεις ειδικευμένων ιατρών, επί θητεία, του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ., για την Οργανική Μονάδα Έδρας «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» του Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ – Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» ήτοι:

- Μία (1) θέση ειδικευμένου ιατρού του κλάδου Ε.Σ.Υ., ειδικότητας **Παθολογίας**, στον εισαγωγικό βαθμό του **Επιμελητή Β΄**.
- Μία (1) θέση ειδικευμένου ιατρού του κλάδου Ε.Σ.Υ., ειδικότητας **Παθολογίας**, στο βαθμό του **Διευθυντή**.

Α. Για τις παραπάνω θέσεις γίνονται δεκτοί, ως υποψήφιοι, όσοι έχουν:

- Ελληνική Ιθαγένεια ή ιθαγένεια κράτους – μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
- Τίτλο ιατρικής ειδικότητας αντίστοιχο με τη θέση.
- Ηλικία που να μην υπερβαίνει το 50^ο έτος για τη θέση με βαθμό Επιμελητή Β΄ και το 60^ο έτος για τη θέση με βαθμό Διευθυντή. Ως ημερομηνία συμπλήρωσης του παραπάνω ορίου ηλικίας λογίζεται η 31^η Δεκεμβρίου του έτους, εντός του οποίου ο υποψήφιος συμπληρώνει το απαιτούμενο για κάθε βαθμίδα όριο ηλικίας.
- Άσκηση της απαιτούμενης ιατρικής ειδικότητας για τη θέση με βαθμό Διευθυντή για τέσσερα (4) τουλάχιστον χρόνια.

Β. Κάθε υποψήφιος μπορεί να διεκδικήσει και να κριθεί για περισσότερες της μίας θέσης αλλά για κάθε θέση πρέπει να υποβάλλει ξεχωριστή αίτηση – δήλωση με όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, τα οποία είναι τα εξής:

1. Αίτηση – δήλωση σε ειδικό έντυπο το οποίο βρίσκεται αναρτημένο στον ιστότοπο του Υπουργείου Υγείας (www.moh.gov.gr), στον ιστότοπο της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας (www.3ype.gr) και του Νοσοκομείου (www.gennimatas-thess.gr) ή χορηγείται από την υπηρεσία 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 της 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 και ο συνολικός χρόνος άσκησης 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 (χορηγείται από το Υπουργείο Υγείας, Γενική Δ/ση Ανθρωπίνων Πόρων και Διοικητικής Υποστήριξης, Δ/ση Ανθρωπίνων Πόρων Ν.Π., Τμήμα Γ΄).
8. Υπεύθυνη δήλωση του υποψηφίου για διορισμό ιατρού, στην οποία να αναφέρονται τα εξής:
 - (α) 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,
 - (β) ότι δεν έχει παραιτηθεί από τη θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. 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,
 - (γ) 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 του υποψηφίου για διορισμό γιατρού στην οποία να αναφέρεται ότι δεν υπηρετεί στο Ε.Σ.Υ. ή ότι έχει υποβάλλει παραίτηση από τη θέση ιατρού κλάδου Ε.Σ.Υ. στην οποία υπηρετεί. Η παραίτηση θα πρέπει να έχει υποβληθεί στον 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 άρθρου 37 του Ν.2519/1997 (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. Ανάπτυξη 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 ενώπιον της αρμόδιας επιτροπής του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) κατά τα οριζόμενα στην Δ/10424/31.3.1993 (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.

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.8342/1-4-2014 (ΑΔΑ: ΒΙΗ0Χ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/Φ Α.2.3/21119/1-9-2014 (ΑΔΑ: ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίου 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 με όλα τα δικαιολογητικά, υποβάλλονται στο Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού (Προσωπικού) του Νοσοκομείου εις **τριπλούν**, μέσα σε προθεσμία **είκοσι (20)** ημερών, ήτοι από **25/04/2017** μέχρι και **15/05/2017**. Αιτήσεις – δηλώσεις που υποβάλλονται μετά τη λήξη της προθεσμίας, δεν θα γίνονται δεκτές.

Ε. Αιτήσεις – δηλώσεις μαζί με τα δικαιολογητικά, μπορούν να υποβληθούν και ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή ή με εταιρεία ταχυμεταφοράς, μέσα στην ορισθείσα προθεσμία, στο Γ.Ν.Θ. «**Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ – Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**» (Οργανική Μονάδα Έδρας «**Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ**»), Τμήμα Προσωπικού (για ιατρικό προσωπικό), στην Ταχυδρομική Διεύθυνση **Εθνικής Αμύνης 41, Τ.Κ. 546 35, Θεσσαλονίκη**. Για τις αιτήσεις αυτές η ημερομηνία υποβολής προκύπτει είτε από τη σφραγίδα του ταχυδρομείου είτε από το αποδεικτικό παράδοσης στην εταιρεία ταχυμεταφοράς.

Η Διοικήτρια του Νοσοκομείου

ΤΣΟΥΓΚΑ ΜΕΛΠΟΜΕΝΗ

Κοινοποίηση:

1. Υπουργείο Υγείας
2. 3^η Υ.ΠΕ. Μακεδονίας
3. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
4. Ιατρικοί Σύλλογοι της χώρας

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

.....



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 ⁽¹⁾ :							
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
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 ⁽³⁾, 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 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.