|  |  |
| --- | --- |
| (ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ) | |
| **ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**  Α)…………………………………………  Β)………………………………………… | **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ………………………………………..**  **ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ………………………………………….**  **ΑΝΤΙ …………………………………………………….**  **ΠΙΣΤ/ΚΟ ……………………………………………….**  **ΑΓΟΝΟ ΑΓΡΟΤΙΚΟ …………………………………..** |

ΑΙΤΗΣΗ

# ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ ΙΑΤΡΩΝ ΠΡΟΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ

# ΠΡΟΣ

**ΤΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π. Ε ΚΟΖΑΝΗΣ**

|  |
| --- |
| 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 ΑΣΚΗΣΗ 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 ……………………………………………………………………………….. .

|  |  |
| --- | --- |
| Συνυποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά :  Α)………………………………………………………………  Β)………………………………………………………………  Γ)………………………………………………………………  Δ)………………………………………………………………  Ε)………………………………………………………………  ΣΤ)…………………………………………………………….. | (Πόλη - Ημερομηνία)………………  Ο/Η ΑΙΤ……………………..  ………………………………….  (υπογραφή) |

**ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ**

Δικαίωμα εγγραφής σε λίστες ειδίκευσης έχουν οι κάτωθι:

* Πολίτες κρατών της Ε.Ε (ή κρατών με ειδική σύνδεση με την Ε.Ε.)
* Ομογενείς (κατέχοντες δελτίο ταυτότητας ομογενούς ή άδειας διαμονής   
  ομογενούς)
* Υπήκοοι τρίτων χωρών

1. Μέλη οικογένειας πολίτη της Ε.Ε. (ή κρατών με ειδική σύνδεση με την Ε.Ε.)

2. Κατέχοντες ένα από τα κάτωθι:

α. Δελτίο μόνιμης διαμονής

β. Προσωποπαγή άδεια διαμονής

γ. Άδεια επί μακρόν διαμένοντος

δ. Άδεια διαμονής δεύτερης γενιάς

ε. Μπλε κάρτα της Ε.Ε

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

1. Αίτηση
2. Υπεύθυνη Δήλωση Γενικής Χρήσης
3. **Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος ή βεβαίωση άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.**
4. **Για πτυχιούχους της ημεδαπής:** Φωτοαντίγραφο πτυχίου ή βεβαίωση της Γραμματείας του Πανεπιστημίου από την οποία να προκύπτει ότι ο ιατρός έχει καταστεί πτυχιούχος. Σε περίπτωση που στο πτυχίο δεν αναγράφεται η ημερομηνία κτήσης αυτού, είναι απαραίτητη η προσκόμιση βεβαίωσης από την Γραμματεία του Πανεπιστημίου από την οποία να προκύπτει η εν λόγω ημερομηνία.
5. **Για πτυχία που χορηγήθηκαν από κράτη − μέλη της Ε.Ε:** Φωτοαντίγραφο του επικυρωμένου ξενόγλωσσου πτυχίου με φωτοαντίγραφο της επίσημης μετάφρασης του. Σε περίπτωση που στο πτυχίο δεν αναγράφεται η ημερομηνία κτήσης αυτού, είναι απαραίτητη η προσκόμιση βεβαίωσης (ξενόγλωσσης και επίσημα μεταφρασμένης) από τη Γραμματεία του Πανεπιστημίου από την οποία να προκύπτει η εν λόγω ημερομηνία.
6. **Για τους πολίτες της Ε.Ε. ή τρίτων χωρών** (πλην Κυπρίων υπηκόων) κατόχους πτυχίου ιατρικής κράτους-μέλους χώρας της Ε.Ε. απαιτείται επιπλέον πιστοποιητικό γνώσης της Ελληνικής γλώσσας και της ιατρικής ορολογίας που χορηγείται από το Υπουργείο Υγείας ή εναλλακτικά φωτοαντίγραφο τίτλου Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. (Δ.Ι.Κ.Α.Τ.Σ.Α.) περί ισοτιμίας και αντιστοιχίας με τα απονεμόμενα των Ιατρικών Σχολών της χώρας.  
   (Απαραίτητη η επικοινωνία με την Υπηρεσία μας για τυχόν εξαιρέσεις)
7. **Για πτυχία που χορηγήθηκαν από χώρες εκτός Ε.Ε:** Φωτοαντίγραφο του επικυρωμένου ξενόγλωσσου πτυχίου με φωτοαντίγραφο της απόφασης του ΔΟΑΤΑΠ (ΔΙΚΑΤΣΑ) περί ισοτιμίας και αντιστοιχίας με τα απονεμόμενα των Ιατρικών Σχολών της χώρας.
8. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου.
9. **Για τους πολίτες κρατών της Ε.Ε. (ή κρατών με ειδική σύνδεση με την Ε.Ε.):** Βεβαίωση εγγραφής ευρωπαίου πολίτη ή Άδεια διαμονής κοινοτικού υπηκόου.
10. **Για ομογενείς**: Δελτίο ταυτότητας ομογενούς, ή Άδεια διαμονής ομογενούς (σύμφωνα με τα άρθρα 80 και 81 του Ν. 4251/2014 ΦΕΚ 80 τ.Α΄)
11. **Για υπηκόους τρίτων χωρών μελών οικογένειας πολίτη της Ε.Ε.:** Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
12. **Για υπηκόους τρίτων χωρών:** Δελτίο μόνιμης διαμονής υπηκόων τρίτων χωρών (άρθρα 83 και 85 του Ν. 4251/2014) ή Προσωποπαγής άδεια διαμονής υπηκόων τρίτων χωρών (άρθρα 84 και 85 του Ν. 4251/2014) ή Άδεια επί μακρόν διαμένοντος υπηκόου τρίτης χώρας (άρθρα 88 και 97 του Ν. 4251/2014) ή Άδεια διαμονής δεύτερης γενιάς (άρθρο 108 του Ν.4251/2014) ή κατοχή μπλε κάρτας της Ε.Ε. (άρθρο 114 του Ν. 4251/2014).
13. **Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου και πιστοποιητικό ευδόκιμης άσκησης για το διάστημα της προεκπαίδευσης στο νοσοκομείο (εφ’ όσον ο ιατρός έχει υπηρετήσει την υπηρεσία υπαίθρου).**
14. Πιστοποιητικό/ά νοσοκομείου/ών ή Κ.Ε.Σ.Υ. για κάθε προϋπηρεσία ειδίκευσης του ιατρού.
15. **Εφ’ όσον η αίτηση αφορά τοποθέτηση στην κύρια ειδικότητα, απαραίτητη είναι η δήλωση του αριθμού πρωτοκόλλου της απόφασης τοποθέτησης στο προκαταρκτικό στάδιο. (με την εξαίρεση των αιτήσεων υπηρετούντων σε άγονο αγροτικό ή εχόντων εκπληρώσει το προκαταρκτικό στάδιο με την προσκόμιση του σχετικού πιστοποιητικού).**

**Καταχώρηση ιατρών για συμμετοχή σε κλήρωση νέας θέσης ειδικότητας.**

Οι αναλυτικές προϋποθέσεις συμμετοχής σε κλήρωση νέας θέσης ειδικότητας περιγράφονται στη σχετική προκήρυξη της κλήρωσης. Η Υπεύθυνη Δήλωση Γενικής Χρήσης αντικαθίσταται για την περίπτωση από την Υπεύθυνη Δήλωση Κληρώσεων.

Οι αιτήσεις (με συνημμένα τα προβλεπόμενα δικαιολογητικά) που έχουν παραληφθεί μέσω e-mail στο (v.karra@pdm.gov.gr) υποχρεωτικά θα υποβάλλονται εντός πέντε (5) εργάσιμων ημερών ΚΑΙ ΣΕ ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ ΕΝΤΥΠΗ ΜΟΡΦΗ αυτοπροσώπως στην ανωτέρω Υπηρεσία ή ταχυδρομικώς ή με courier στην εξής διεύθυνση:

***Δ/νση Δημόσιας Υγείας & Κοιν. Μέριμνας Π.Ε Κοζάνης***

***Τμήμα Φαρμάκων, Φαρμακείων & Επαγγελμάτων Υγείας***

***Δημοκρατίας 27***

***Τ.Κ: 50131***

***Κοζάνη***

***Υπ' όψιν : κας Καρρά Βαϊτσας, γραφείο 19,ισόγειο***

ΤΗΛ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ : 2461351133

**Λόγω της πολυπλοκότητας της νομοθεσίας η Υπηρεσία μας επιφυλάσσεται να ζητήσει επιπλέον δικαιολογητικά σε ειδικές περιπτώσεις.**

**Ακολουθούν οι ανωτέρω αναφερόμενες στα δικαιολογητικά Υ.Δ.**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ

(άρθρο 8 Ν. 1599/86)

## Προς

## Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας & Κοιν. Μέριμνας Π.Ε Κοζάνης

**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 σταδία 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΚΛΗΡΩΣΕΩΝ

**(ΆΡΘΡΟ 8 Ν.1599/86)**

**Προς:**  **Δ/νση Δημόσιας Υγείας & Κοιν. Μέριμνας Π.Ε Κοζάνης**

**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 & γνωρίζοντας για τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:**

1. **Κατέχω - Δεν κατέχω έμμισθη θέση ……………………………………………….…..…….. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Έχω – Δεν έχω υποβάλλει άλλη αίτηση για ειδίκευση ………………………………..…….. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Έχω-Δεν έχω ασκηθεί για ειδικότητα ………………………………………………………. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
4. **Δεν συμμετέχω σε κλήρωση για άλλη ειδικότητα**
5. **Δεν συμμετέχω σε κλήρωση που διεξάγεται την ίδια ημέρα**
6. **Έχει – Δεν έχει ξεκινήσει η διαδικασία διορισμού μου στο ……………………………….. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
7. **Σε περίπτωση που δεν κληρωθώ επιθυμώ:**

**α) Να παραμείνω στην λίστα που θα προκύψει από την κλήρωση.  
β) Να παραμείνω στην λίστα που είμαι εγγεγραμμένος  
γ) Θα υποβάλω εκ νέου αίτηση για ειδίκευση.**

1. **Δεν έχω συμπληρώσει χρόνο άσκησης για την απόκτηση τίτλου Ιατρ. Ειδικότητας.**
2. **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**