ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ Η ΓΙΑ ΒΑΣΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

1. Αίτηση

(επικυρωμένη για το γνήσιο της υπογραφής)

1. α. Υπεύθυνη δήλωση για πλήρη ειδικότητα (επικυρωμένη για το γνήσιο της υπογραφής) **ή**

β. Υπεύθυνη δήλωση για μειωμένη ειδικότητα (επικυρωμένη για το γνήσιο της υπογραφής)

γ. το εκπαιδευτικό πρόγραμμα το οποίο ο ιατρός υποχρεούται να ακολουθήσει (παλαιό ή νέο) σύμφωνα με τα οριζόμενα στις παρ. Α και Β του άρθρου 6 της παρούσας,

δ. ότι λαμβάνει γνώση πως σε περίπτωση αλλαγής ειδικότητας δεν του καταβάλλονται τακτικές αποδοχές για τυχόν επιπλέον χρόνο άσκησης που δεν συμπίπτει με τη νέα του ειδικότητα (με εξαίρεση την ειδικότητα της Αναισθησιολογίας).

1. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας (2 όψεις)
2. Βεβαίωση περάτωσης σπουδών ή αντίγραφο πτυχίου. Αν το πτυχίο είναι από χώρα της Ε.Ε. θα πρέπει να έχει σφραγίδα Χάγης και να συνοδεύεται από επίσημη μετάφραση στα Ελληνικά. Για τα πτυχία από χώρες που δεν είναι μέλη της Ε.Ε. εκτός από τα ανωτέρω απαιτείται επιπλέον και η απόφαση ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ
3. Βεβαίωση άσκησης επαγγέλματος, **ή** βεβαίωση αιτήματος για χορήγηση βεβαίωσης άσκησης από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
4. Για τους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης βεβαίωση εγγραφής Ευρωπαίου πολίτη **και** πιστοποιητικό ελληνομάθειας επιπέδου Β2 από το Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο ή από το ΑΠΘ. **Το πιστοποιητικό δεν απαιτείται** : α)για τους αποφοίτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα β) για τους αποφοίτους Ελληνικών Πανεπιστημίων γ) για όσους διαθέτουν ισοτιμία ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ
5. Για τους πολίτες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης τα επιπλέον δικαιολογητικά που αναφέρονται στο ΦΕΚ 314/15-02-2014 Τ.Β΄

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

1. Αίτηση

(επικυρωμένη για το γνήσιο της υπογραφής)

1. α. Υπεύθυνη δήλωση για πλήρη ειδικότητα (επικυρωμένη για το γνήσιο της υπογραφής) **ή**

β. Υπεύθυνη δήλωση για μειωμένη ειδικότητα (επικυρωμένη για το γνήσιο της υπογραφής)

1. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας (2 όψεις)
2. Βεβαίωση περάτωσης σπουδών ή αντίγραφο πτυχίου. Αν το πτυχίο είναι από χώρα της Ε.Ε. θα πρέπει να έχει σφραγίδα Χάγης και να συνοδεύεται από επίσημη μετάφραση στα Ελληνικά. Για τα πτυχία από χώρες που δεν είναι μέλη της Ε.Ε. εκτός από τα ανωτέρω απαιτείται επιπλέον και η απόφαση ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ
3. Βεβαίωση άσκησης επαγγέλματος
4. Για τους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης βεβαίωση εγγραφής Ευρωπαίου πολίτη **και** πιστοποιητικό ελληνομάθειας επιπέδου Β2 από το Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο ή από το ΑΠΘ. **Το πιστοποιητικό δεν απαιτείται** : α)για τους αποφοίτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα β) για τους αποφοίτους Ελληνικών Πανεπιστημίων γ) για όσους διαθέτουν ισοτιμία ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ
5. Για τους πολίτες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης τα επιπλέον δικαιολογητικά που αναφέρονται στο ΦΕΚ 314/15-02-2014 Τ.Β΄
6. Υπουργική απόφαση τοποθέτησης στη βασική εκπαίδευση, **ή** αντίγραφο σύμβασης με το νοσηλευτικό ίδρυμα, **ή** βεβαίωση ανάληψης αγόνου, **ή** αναγνώριση απαιτούμενου χρόνου άσκησης από το εξωτερικό, **ή** πιστοποιητικό απαιτούμενου χρόνου από νοσηλευτικά ιδρύματα της Ελλάδας.

**ΑΙΤΗΣΗ**

Επώνυμο:…………………………………………………

Όνομα:………………………………………………………

Όνομα Πατέρα:……..……………….…………………

Όνομα Μητέρας:..……………………………………..

Αρ. Αστυν. Ταυτότητας:…………………………….

Ημ.έκδοσης: ……………………………………………..

Εκδ.αρχή: ………………………………………………….

Α.Φ.Μ……………………………………………………….

A.M.K.A. …………………………………………………..

Στοιχεία επικοινωνίας:

Σταθερό Τηλ.: ……………………………………………

Κινητό Τηλ.:……………………………………………….

Φαξ: ………………………………………………………….

E-mail: .……………………………………………………..

Τόπος κατοικίας

Πόλη:…………………………………………………………

Οδός- Αριθμός:…………………………………….…..

Ταχ. Κώδικας:……………………………………….…..

Θέμα:

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ

**……………………………., .…. /...… / 20.…..**

**Ο/Η Αιτών/ούσα**

**(υπογραφή)**

**Ονοματεπώνυμο :………………………...**

**ΠΡΟΣ**

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

**Π.Ε…………………………………………………………..**

**ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Κ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ** **ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Παρακαλώ όπως μεριμνήσετε να τοποθετηθώ στο Νοσοκομείο ……………………………………..……………………………………………………………………………………………………..………..για να ασκηθώ χρόνια………..στην………………………………………………………………………………………………………………………….σαν έμμισθος βοηθός προκειμένου να αποκτήσω τον τίτλο της ιατρικής ειδικότητας ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….................................………………

Συνημμένα σας καταθέτω:

1.……………………………………………...

2.………………………………………………

3.………………………………………………

4.…………………………………………….…

5……………..………………………………….

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Με σεβασμό  ε σεβασμό στα προσωπικά σας δεδομένα, η Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, υπό την ιδιότητά της ως υπεύθυνος επεξεργασίας, ενημερώνει, σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 της Ευρωπαϊκής Ενώσεως και τις οικείες διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας, το φυσικό πρόσωπο ότι επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που το αφορούν, για το σκοπό της λήψης ιατρικής ειδικότητας , κατά τα κατωτέρω αναφερόμενα. Ειδικότερα, τα στοιχεία επικοινωνίας του υπεύθυνου επεξεργασίας είναι τα εξής: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ, με έδρα τη Θεσσαλονίκη (26ης Οκτωβρίου 64, Τ.Κ. 54627), τηλ.. 2313 330052, 2313 330918, 2313 325449, email: [info@pkm.gov.gr](mailto:info@pkm.gov.gr). Η υπηρεσία μας έχει ορίσει υπεύθυνο προστασίας δεδομένων, η ηλεκτρονική διεύθυνση του οποίου είναι η εξής: [dpo@pkm.gov.gr](mailto:dpo@pkm.gov.gr)  Τα δεδομένα που συλλέγουμε με την παραπάνω αίτηση είναι δεδομένα όπως Επώνυμο, Όνομα, Πατρώνυμο, Μητρώνυμο, αριθμ. Αστυνομικής Ταυτότητας, ημερομηνία έκδοσης, εκδ. αρχή ΑΦΜ, AMKA στοιχεία επικοινωνίας, ταχυδρομική διεύθυνση και υπόκεινται σε επεξεργασία από την υπηρεσία μας και τους εξουσιοδοτημένους υπαλλήλους αυτής, όπως ενδεχομένως και από άλλα πρόσωπα, όπως είναι δικηγόροι, συμβολαιογράφοι και δικαστικοί επιμελητές, υπό τον όρο της τηρήσεως σε κάθε περίπτωση του επαγγελματικού απορρήτου και του καθήκοντος εμπιστευτικότητας και εχεμύθειας. Η επεξεργασία των εν λόγω δεδομένων είναι απαραίτητη για την εκπλήρωση καθήκοντος που εκτελείται προς το δημόσιο συμφέρον. Τα δεδομένα αυτά δεν διαβιβάζονται σε τρίτες χώρες ή διεθνείς οργανισμούς. Τα δεδομένα διατηρούνται για όσο διάστημα είναι απαραίτητο για την διεκπεραίωση της αίτησης και στη συνέχεια αρχειοθετούνται, εις το διηνεκές, λαμβάνονται δε τα κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα προστασίας τους, σύμφωνα με το νόμο. Η παροχή των εν λόγω δεδομένων είναι απαραίτητη για την παρούσα αίτηση και αν δεν τα παρέχετε, δεν θα είναι δυνατή η διεκπεραίωσή της. Σας ενημερώνουμε, επιπλέον, ότι, ως υποκείμενα των δεδομένων, έχετε τα εξής δικαιώματα:  α. Να γνωρίζετε ποια δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν τηρεί και επεξεργάζεται η Υπηρεσίας μας, όπως και την προέλευσή τους  (δικαίωμα προσβάσεως).  β. Να ζητήσετε τη διόρθωση ή/και συμπλήρωση αυτών ώστε να είναι πλήρη και ακριβή, προσκομίζοντας κάθε απαραίτητο έγγραφο από το οποίο προκύπτει η ανάγκη  συμπληρώσεως ή διορθώσεως (δικαίωμα διορθώσεως), που συγχρόνως αποτελεί και υποχρέωση σας.  γ. Να ζητήσετε τον περιορισμό της επεξεργασίας των δεδομένων σας (δικαίωμα περιορισμού).  δ. Να αρνηθείτε ή/και να εναντιωθείτε σε οποιαδήποτε περαιτέρω επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σας που τηρεί η Υπηρεσία μας (δικαίωμα εναντιώσεως).  ε. Να ζητήσετε τη διαγραφή των δεδομένων μας από τα αρχεία της Υπηρεσία μας (δικαίωμα στη λήθη).  Σημειώνεται ότι η ικανοποίηση των υπό γ, δ και ε αιτημάτων, εφόσον αφορούν σε δεδομένα που είναι απαραίτητα για την επεξεργασία ή τη συνέχιση και ικανοποίηση του αιτήματός σας, ανεξάρτητα εάν χορηγήθηκαν από εσάς ή εάν αποκτήθηκαν από οποιαδήποτε δημόσια πηγή, συνεπάγεται την αυτοδίκαιη εκ μέρους της Υπηρεσίας μας μη δυνατότητα εξετάσεως του αιτήματος σας. Περαιτέρω, η Υπηρεσία μας έχει σε κάθε περίπτωση δικαίωμα να αρνηθεί το αίτημα για περιορισμό της επεξεργασίας ή διαγραφή των δεδομένων σας εάν η επεξεργασία ή η τήρηση των δεδομένων είναι απαραίτητη για τη θεμελίωση, άσκηση ή υποστήριξη εννόμου συμφέροντός της, νόμιμων δικαιωμάτων της ή τη συμμόρφωσή της με έννομες υποχρεώσεις της σύμφωνα με τα υπό 1 και 3 ανωτέρω αναφερόμενα. Τα δικαιώματα αυτά ασκούνται είτε με την αποστολή επιστολής στην ως άνω ταχυδρομική διεύθυνση της υπηρεσίας μας, είτε με ηλεκτρονικό μήνυμα στη διεύθυνση ηλ. ταχυδρομείου: [dpo@pkm.gov.gr](mailto:dpo@pkm.gov.gr).   |  | | --- | | Έχετε το δικαίωμα να προσφύγετε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα για ζητήματα που αφορούν την επεξεργασία προσωπικών σας δεδομένων. Για την αρμοδιότητα της Αρχής και τον τρόπο υποβολής καταγγελίας, μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα της ([www.dpa.gr](http://www.dpa.gr/) -> Τα δικαιώματά μου -> Υποβολή καταγγελίας), όπου υπάρχουν αναλυτικές πληροφορίες. | |

### 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): | ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ | | | | | | | | | | | | | | |
| 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/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  (Ε-mail): | |  | | | | | |

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: |
| 1. Δεν κατέχω έμμισθη θέση |
| 2.Δεν εκκρεμεί άλλη αίτηση μου για ειδίκευση στο νοσοκομείο |
| 3.Δεν ασκήθηκα για λήψη άλλης ειδικότητας και δεν έχω τίτλο άλλης ειδικότητας. |
| 4.Κάνω την αίτηση με απόλυτα δική μου ευθύνη έχοντας γνώση της νομοθεσίας που διέπει τις ιατρικές ειδικότητες |
| 5.Έχω την Ελληνική ιθαγένεια και Ελληνική υπηκοότητα. |
| 6. Τα στοιχεία που δηλώνω στην αίτηση μου είναι ακριβή, αληθή |
| 7. Για να τοποθετηθώ στην παρούσα θέση υποχρεούμαι να σας καταθέσω τη βεβαίωση άσκησης επαγγέλματος μόλις την παραλάβω |
| 8 Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα που υποχρεούμαι να ακολουθήσω θα είναι……….. (παλαιό/ νέο\*) σύμφωνα με την νομοθεσία που διέπει τις ιατρικές ειδικότητες |
| 9. Λαμβάνω γνώση πως σε περίπτωση αλλαγής ειδικότητας δεν θα μου καταβάλλονται τακτικές αποδοχές για τυχόν επιπλέον χρόνο άσκησης που δεν συμπίπτει με τη νέα μου ειδικότητα (με εξαίρεση την ειδικότητα της Αναισθησιολογίας). **(4)** |

Ημερομηνία: ..… /…../ 202…

Ο – Η Δηλών

(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(1): | ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ | | | | | | | | | | | | | | |
| 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/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  (Ε-mail): | |  | | | | | |

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: |
| 1. Δεν κατέχω έμμισθη θέση |
| 2.Εκκρεμεί άλλη αίτηση μου για πλήρη ειδίκευση στο νοσοκομείο ....... |
| 3.Δεν ασκήθηκα για λήψη άλλης ειδικότητας και δεν έχω τίτλο άλλης ειδικότητας. |
| 4.Κάνω την αίτηση με απόλυτα δική μου ευθύνη έχοντας γνώση της νομοθεσίας που διέπει τις ιατρικές ειδικότητες |
| 5.Έχω την Ελληνική ιθαγένεια και Ελληνική υπηκοότητα. |
| 6. Τα στοιχεία που δηλώνω στην αίτηση μου είναι ακριβή, αληθή |
| 7. Για να τοποθετηθώ στην παρούσα θέση υποχρεούμαι να σας καταθέσω τη βεβαίωση άσκησης επαγγέλματος μόλις την παραλάβω |
| 8. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα που υποχρεούμαι να ακολουθήσω θα είναι……….. (παλαιό/ νέο\*) σύμφωνα με την νομοθεσία που διέπει τις ιατρικές ειδικότητες (4) |
| 9. Λαμβάνω γνώση πως σε περίπτωση αλλαγής ειδικότητας δεν θα μου καταβάλλονται τακτικές αποδοχές για τυχόν επιπλέον χρόνο άσκησης που δεν συμπίπτει με τη νέα μου ειδικότητα (με εξαίρεση την ειδικότητα της Αναισθησιολογίας). |

Ημερομηνία: ..… /…../ 202…

Ο – Η Δηλών

(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(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/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  (Ε-mail): | |  | | | | | |

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: |
| 1. Κατέχω θέση στο άγονο αγροτικό .**...** και υποχρεούμαι να καταθέσωτη βεβαίωση ολοκλήρωσης του αγόνου αγροτικού |
| 2. Εκκρεμεί αίτησή μου για .... χρόνια στην ειδικότητα ...... στο .........νοσοκομείο για τη βασική μου εκπαίδευση υποχρεούμαι να σας καταθέσω το πιστοποιητικό ολοκλήρωσης της βασικής εκπαίδευσης προκειμένου να διοριστώ στην παρούσα θέση |
| 3.Δεν ασκήθηκα για λήψη άλλης ειδικότητας και δεν έχω τίτλο άλλης ειδικότητας. |
| 4.Κάνω την αίτηση με απόλυτα δική μου ευθύνη έχοντας γνώση της νομοθεσίας που διέπει τις ιατρικές ειδικότητες |
| 5.Έχω την Ελληνική ιθαγένεια και Ελληνική υπηκοότητα. |
| 6. Τα στοιχεία που δηλώνω στην αίτηση μου είναι ακριβή, αληθή |
| 7. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα που υποχρεούμαι να ακολουθήσω θα είναι……….. (παλαιό/ νέο\*) σύμφωνα με την νομοθεσία που διέπει τις ιατρικές ειδικότητες |
| 8. Λαμβάνω γνώση πως σε περίπτωση αλλαγής ειδικότητας δεν θα μου καταβάλλονται τακτικές αποδοχές για τυχόν επιπλέον χρόνο άσκησης που δεν συμπίπτει με τη νέα μου ειδικότητα (με εξαίρεση την ειδικότητα της Αναισθησιολογίας) (4) |

Ημερομηνία: ..… /…../ 202…

Ο – Η Δηλών

(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(1): | ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ | | | | | | | | | | | | | | |
| 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/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  (Ε-mail): | |  | | | | | |

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: |
| 1. Είμαι τοποθετημένος/η στο .... νοσοκομείο **ή**  κατέχω έμμισθη θέση στο ..... νοσοκομείο για ... χρόνια στην ειδικότητα της .... |
| 2.Δεν εκκρεμεί άλλη αίτηση μου για ειδίκευση σε νοσοκομείο |
| 3.Δεν ασκήθηκα για λήψη άλλης ειδικότητας και δεν έχω τίτλο άλλης ειδικότητας. |
| 4.Κάνω την αίτηση με απόλυτα δική μου ευθύνη έχοντας γνώση της νομοθεσίας που διέπει τις ιατρικές ειδικότητες |
| 5.Έχω την Ελληνική ιθαγένεια και Ελληνική υπηκοότητα. |
| 6. Τα στοιχεία που δηλώνω στην αίτηση μου είναι ακριβή, αληθή |
| 7. Για να τοποθετηθώ στην παρούσα θέση υποχρεούμαι να σας καταθέσω το πιστοποιητικό ολοκλήρωσης της βασικής εκπαίδευσης |
| 8. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα που υποχρεούμαι να ακολουθήσω θα είναι……….. (παλαιό/ νέο\*) σύμφωνα με την νομοθεσία που διέπει τις ιατρικές ειδικότητες (4) |
| 9. Λαμβάνω γνώση πως σε περίπτωση αλλαγής ειδικότητας δεν θα μου καταβάλλονται τακτικές αποδοχές για τυχόν επιπλέον χρόνο άσκησης που δεν συμπίπτει με τη νέα μου ειδικότητα (με εξαίρεση την ειδικότητα της Αναισθησιολογίας) |

Ημερομηνία: ..… /…../ 202…

Ο – Η Δηλών

(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.