



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
1^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ.**

Ταχ. Διευθ.: Αθανασάκη 2
Ταχ. Κωδ.: 115 26 – Αθήνα

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤ.: 19239

Αθήνα, 29 Αυγούστου 2017

ΑΠΟΦΑΣΗ - ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ

Ο Διοικητής του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ. αφού έλαβε υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 26 και 27 του Ν.1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», όπως ισχύει.
2. Τις διατάξεις των Ν.2071/92, Ν.2194/94, Ν.2519/97.
3. Τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 69 του Ν.2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α') «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας», όπως αντικαταστάθηκαν με τις διατάξεις της παρ.1 του άρθρου 35 του Ν.4368/2016 (ΦΕΚ 21 Α') «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις».
4. Τις διατάξεις του άρθρου 35 και 36 του Ν.4368/2016 (ΦΕΚ 21 Α').
5. Τις διατάξεις της παραγράφου 10 του άρθρου 69 του Ν.2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας».
6. Την υπ' αριθμ. Α2α/Γ.Π.οικ.22211/22.3.2016 (ΦΕΚ.794/τ.Β'/23.3.2016) Υπουργική απόφαση με θέμα «Διαδικασία και τρόπος προκήρυξης θέσεων ιατρών ΕΣΥ και προθεσμία και τρόπος υποβολής δικαιολογητικών».
7. Τις διατάξεις της παρ. 8 του άρθρου 37 του Ν.2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α').
8. Την υπ' αριθμ. ΔΥ13α/39832/97 (ΦΕΚ1088/τ.Β'/1997) με θέμα «Ιεράρχηση κριτηρίων κρίσης και συγκριτικής αξιολόγησης υποψηφίων για θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ».
9. Το Ν.2716/99, το Ν.2345/95, το Ν.2737/99, το Ν.2889/01, το Ν.2955/01, το Ν.3106/03, το Ν.3172/03, το Ν.3204/03, το Ν.3252/04, το Ν.3293/04, το Ν.3329/05, το Ν.3370/05, το Ν.3527/07, το Ν.3580/07, το Ν.3754/09, το Ν.4368/16.
10. Τον Οργανισμό του Νοσοκομείου (ΦΕΚ 1680/τ.Β'/16.5.2012), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το ΦΕΚ 1121/τ.Β'/2014.
11. Την υπ' αριθμ. Α2α/Γ.Π./ 53623/12-07-2017 Υπουργική Απόφαση με θέμα «Έγκριση για προκήρυξη θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ»

ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

Την προκήρυξη για την πλήρωση της παρακάτω επί θητεία θέσης ειδικευμένου ιατρού του κλάδου Ε.Σ.Υ. στο βαθμό του Επιμελητή Β' για το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ.:

1. Μιας (1) θέσης Επιμελητού Β΄ Παθολογίας ή Καρδιολογίας ή Πνευμονολογίας-Φυματιολογίας ή Χειρουργικής ή Αναισθησιολογίας ή Νεφρολογίας (για τη Μ.Ε.Θ.)

- A. Για την παραπάνω θέση γίνονται δεκτοί ως υποψήφιοι όσοι έχουν:
- Ελληνική Ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από Κράτη Μέλη της Ε.Ε.
 - Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος
 - Τίτλο αντίστοιχης με την θέση ιατρικής ειδικότητας
 - Ηλικία που να μην υπερβαίνει το 50^ο έτος
- B. Οι ενδιαφερόμενοι να υποβάλουν τα εξής δικαιολογητικά **εις τριπλούν**:
- Αίτηση – δήλωση σε ειδικό έντυπο το οποίο βρίσκεται αναρτημένο στον ιστότοπο του Υπουργείου Υγείας (www.moh.gov.gr), στον ιστότοπο των Δ.Υ.Πε. και των Νοσοκομείων ή χορηγείται από το Νοσοκομείο. 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.
 - 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.
 - Φωτοαντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος.
 - Φωτοαντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας.
 - Βεβαίωση του οικείου Ιατρικού Συλλόγου στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.
 - Πιστοποιητικό γέννησης ή φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου όταν πρόκειται για πολίτη κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
 - Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής εκδοθείσα από την **αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας**
 - Υπεύθυνη δήλωση του υποψήφιου 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 θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. πριν από τη συμπλήρωση δυο (2) χρόνων από το διορισμό του ή σε αντίθετη περίπτωση ότι έχουν συμπληρωθεί πέντε (5) χρόνια από την ημερομηνία παραίτησής του.

9. Υπεύθυνη δήλωση του υποψήφιου για διορισμό ιατρού, 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 εκάστοτε προκήρυξης.
10. Βιογραφικό σημείωμα στο οποίο να αναγράφονται περιληπτικά τα ουσιαστικά προσόντα του υποψήφιου 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 αξιολόγηση 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.
14. 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.

Γ. Η Αίτηση – Δήλωση και όλα τα δικαιολογητικά υποβάλλονται στο Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών “ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ” Ε.Ε.Σ. σε τρία (3) αντίγραφα, μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών, ήτοι από **30 Αυγούστου 2017 έως και 18 Σεπτεμβρίου 2017**.

Αιτήσεις - δηλώσεις μαζί με τα δικαιολογητικά, μπορούν να υποβάλλονται και ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή ή με εταιρεία ταχυμεταφοράς, μέσα στην ορισθείσα προθεσμία, **εις τριπλούν**, στο Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του Νοσοκομείου στη διεύθυνση : **Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ, Αθανασάκη 2, ΤΚ 11526, Αθήνα**. Για τις αιτήσεις αυτές η ημερομηνία υποβολής προκύπτει είτε από τη σφραγίδα του ταχυδρομείου είτε από το αποδεικτικό παράδοσης στην εταιρεία ταχυμεταφοράς.

Αιτήσεις - δηλώσεις που υποβάλλονται μετά τη λήξη της προθεσμίας, δεν γίνονται δεκτές.

Κάθε υποψήφιος μπορεί να διεκδικήσει και να κριθεί για περισσότερες της μιας θέσης αλλά για κάθε θέση πρέπει να υποβάλλει ξεχωριστή αίτηση-δήλωση με όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά.

Από το Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του Νοσοκομείου, οι ενδιαφερόμενοι θα μπορούν να παίρνουν κάθε συμπληρωματική πληροφορία στο τηλέφωνο 213 2068912.

Η Προκήρυξη, το Έντυπο της Αίτησης – Δήλωσης καθώς και τα έντυπα των Υπεύθυνων Δηλώσεων που θα πρέπει να συμπληρώσουν οι υποψήφιοι, βρίσκονται αναρτημένα στον ιστότοπο του Νοσοκομείου: **[www. Korgialenio – benakio.gr](http://www.Korgialenio-benakio.gr)**.

- Δ. Η απόφαση – προκήρυξη αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.3861/2010 (ΦΕΚ 112 Α') και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους, ενώ αποστέλλεται και στη 1^η Υ.ΠΕ. Αττικής προκειμένου να αναρτηθεί στον ιστότοπό της.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

ΕΥΘΥΜΙΟΣ Ι. ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ



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 έχω αρνηθεί διορισμό σε θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. ή
☐ Έχουν συμπληρωθεί πέντε (5) χρόνια από την παρέλευση της προθεσμίας ανάληψης υπηρεσίας
- ☐ Δεν έχω παραιτηθεί από θέση κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. πριν από τη συμπλήρωση δυο (2) ετών από τον διορισμό μου ή
☐ Έχουν συμπληρωθεί πέντε (5) χρόνια από την ημερομηνία παραίτησής μου.
- ☐ Υπηρετώ σε θέση του κλάδου Ε.Σ.Υ. και έχουν συμπληρωθεί δυο (2) χρόνια συνεχούς υπηρεσίας σε ομοίοβαθμη με την κρινόμενη θέση.

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.



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:	TK:
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.

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

.....