



4η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
«Ι Π Π Ο Κ Ρ Α Τ Ε Ι Ο»



**ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ**  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

www.ippokratio.gr

**ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ**

**ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ**

Ταχ. Διεύθυνση: Κωνσταντινουπόλεως 49

Ταχ. Κώδικας: 54642

Πληροφορίες: Γ. Γεωργαντά

Τηλ: 2313 312202

Email:hr2@ippokratio.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Θεσσαλονίκη 5.3.2024

Αριθμ. Πρωτ.10532

**ΑΠΟΦΑΣΗ – ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ**

ΘΕΜΑ: “Προκήρυξη θέσεων ειδικευμένων ιατρών κλάδου ΕΣΥ, για το Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ».

Ο Διοικητής του Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», λαμβάνοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των άρθρων 26 και 27 του Ν.1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143/Α/7.10.1983), όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 4 του Ν. 4528/2018 (ΦΕΚ 50/Α'/16.3.2018).
2. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 69 του Ν.2071/92 «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του Συστήματος Υγείας» (Φ.Ε.Κ. 123/Α/15.7.1992), όπως αντικαταστάθηκε με την παρ. 1 του άρθρου 35 παρ. 1 του Ν.4368/2016 (ΦΕΚ 21/ Α'/21.2.2016).
3. Τις διατάξεις του του άρθρου 23 και 26 του Ν.2519/97 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» (Φ.Ε.Κ. 165/Α/21.8.1997).
4. Τις διατάξεις της παρ. 11 του άρθρου 21 του Ν.2737/1999 (ΦΕΚ 174/Α'/27.8.1999).
5. Τις διατάξεις των άρθρων 11 και 39 του Ν.2889/01 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (Φ.Ε.Κ. 37/Α/2.3.2001), όπως έχουν τροποποιηθεί και ισχύουν.
6. Τις διατάξεις του Ν.3329/05 (Φ.Ε.Κ. 81/Α/4.4.2005) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», όπως αυτές τροποποιήθηκαν και ισχύουν.
7. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 19 του Ν.3730/2008 (ΦΕΚ 262/Α'/2008), όπως αντικαταστάθηκαν με το άρθρο 3 παρ. 2 του Ν. 3868/ (ΦΕΚ 129/Α'/2010, και της παρ. 32 εδαφ. Β' του άρθρου 66 του Ν. 3984/2011 (ΦΕΚ 150/Α'/2011) όπως συμπληρώθηκαν με το άρθρο 29 παρ.3 του Ν. 4025/2011 (ΦΕΚ 228/Α'/2011).
8. Τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 2 του Ν. Ν.3868/10 (ΦΕΚ 129/Α/3.8.2010), όπως αντικαταστάθηκαν με το άρθρο 34 του Ν. 4325/2015 (ΦΕΚ 47/Α'/2015).



9. Τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 25 του Ν. Ν.3868/10 (ΦΕΚ 129/Α'/3.8.2010), όπως συμπληρώθηκαν με το άρθρο 27, παρ. 3 του Ν. 4461/2017 (ΦΕΚ 38/Α'/2017) και του άρθρου 41 του Ν. 4868/2016 (ΦΕΚ 21/Α'/2016).
10. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 22 του Ν.4208/2013 (ΦΕΚ 252/Α'/2013) όπως αντικαταστάθηκαν με το άρθρο 44 παρ. 4 του Ν. 4368/2016 (ΦΕΚ 21/Α'/2016), αντίστοιχα και του άρθρου 22 παρ.4 του ίδιου νόμου, όπως τροποποιήθηκαν με το άρθρο 43 παρ.1 του ν. 4368/2016 (ΦΕΚ21/Α'/2016).
11. Τις διατάξεις των άρθρων 7, 8 του Ν. 4498/2017 (ΦΕΚ 172/Α/16.11.2017), όπως αντικαταστάθηκαν και ισχύουν με το άρθρο 6 του Ν 5063/2023 (ΦΕΚ 184/Α'/2023).
12. Τις διατάξεις του Ν. 4622/2019 (ΦΕΚ 133/Α'/7.8.2019) «Επιτελικό κράτος: οργάνωση, λειτουργία και διαφάνεια της Κυβέρνησης, των κυβερνητικών οργάνων και της κεντρικής Δημόσιας Διοίκησης», όπως τροποποιήθηκαν και ισχύουν.
13. Το Π.Δ. 121/2017 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας» όπως ισχύει (ΦΕΚ 148/Α'/9-10-2017).
14. Την υπ' αριθμ.37310/9.7.2023 Απόφαση Πρωθυπουργού και Υπουργού Υγείας «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Υγείας, Μάριο Θεμιστοκλέους» (ΦΕΚ β'/4465/2023).
15. Την υπ' αριθμ 40343/25.7.2023 Απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας «Διορισμός Γενικής Γραμματέως Υπηρεσιών Υγείας του Υπουργείου Υγείας» (ΦΕΚ 722/Υ.Ο.Δ.Δ./2023)
16. Την υπ' αριθμ. Γ4α/Γ.Π.οικ.62944/23.11.2023 (ΦΕΚ/ Β'/6701/28.11.2023), απόφαση του Υπουργείου Υγείας με θέμα «Καθορισμός διαδικασίας προκήρυξης, υποβολής υποψηφιοτήτων και κριτηρίων μοριοδότησης, αξιολόγησης και επιλογής για θέσεις Διευθυντή, Επιμελητή Α' και Επιμελητή Β', κλάδου ιατρών και οδοντιάτρων ΕΣΥ» (ΑΔΑ: ΩΧΠΕ465ΦΥΟ-ΥΝ8).
17. Την υπ' αριθμ. 26/31.10.2023 Πράξη Υπουργικού Συμβουλίου με θέμα «Έγκριση προγραμματισμού προσλήψεων έτους 2024 .
18. Τα υπ' αριθμ. πρωτ. 9853/22.02.2024 & 10061/23.02.2024, 11728/22-02-2024, 11159/27-02-4 9721/22-02-2024, 17403/22-02-2024, 14873/27-02-2024 & 8145/22-02-2024 αιτήματα της 1ης ,2ης , 3ης, 4ης, 5ης, 6ης & 7ης Υ.ΠΕ αντίστοιχα.
19. Την υπ' αριθμ.πρωτ. Γ4α/Γ.Π.οικ.12386/28.2.2024 Απόφαση του Υπουργείου Υγείας (ΑΔΑ: 6ΑΞ6465ΦΥΟ-Θ2Χ) με θέμα «Έγκριση για προκήρυξη θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ. (αριθμ.πρωτ. εισερχ.10532/29.2.2024)
20. Τον Οργανισμό του Νοσοκομείου μας (Φ.Ε.Κ. 3485/Β'/31.12.2012, Φ.Ε.Κ. 1289/Β'/28.5.2013, Φ.Ε.Κ. 109/Β'/23.1.2018, Φ.Ε.Κ. 5635/Β'/2.12.2021).

### Αποφασίζει

**Α.** Την προκήρυξη για την πλήρωση των παρακάτω επί θητεία θέσεων ειδικευμένων ιατρών, του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., για το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», ως ακολούθως:





ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ή ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ή ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ή ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ (Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας)	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β΄	1
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Α΄	1
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β	2
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ή ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ή ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ή ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ή ΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ- ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ή ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗΣ και ΤΡΑΥΜΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ (με αποδεδειγμένη γνώση και εμπειρία στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στη Μ.Ε.Θ) ή ΓΕΝΙΚΗΣ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική διάσωση, προνοσοκομειακή περίθαλψη και διαχείριση-διοίκηση-συντονισμό του έργου της εφημερίας (για το Τ.Ε.Π.)	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β΄	1
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ή ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ή ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ή ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ή ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ-ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ή ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ (για τη Μ.Ε.Θ)	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β΄	1
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ή ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ή ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ή ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ ή ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ-ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑΣ (Για τη Μ.Ε.Θ. ΠΑΙΔΩΝ)	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β΄	1
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑ	ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ	2
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Α΄	1
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β΄	1
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ - ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β΄	1
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β΄	1
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β΄	1



## **Β. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ**

Για τις παραπάνω θέσεις γίνονται δεκτοί ως υποψήφιοι όσοι έχουν:

1. Ιθαγένεια (Ελληνική ή Πολίτης κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης).
2. Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
3. Τίτλο αντίστοιχης με τη θέση ιατρικής ειδικότητας.
4. Ελάχιστο χρόνο άσκησης της απαιτούμενης ιατρικής ειδικότητας:  
α) Για τον βαθμό του Επιμελητή Β', η κατοχή του τίτλου ειδικότητας,  
β) για τον βαθμό του Επιμελητή Α', η άσκηση ειδικότητας για δύο (2) τουλάχιστον έτη και  
γ) για τον βαθμό του Διευθυντή η άσκηση ειδικότητας για τέσσερα (4) τουλάχιστον έτη.

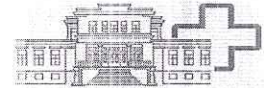
Επισημαίνεται ότι, σύμφωνα με το υπ' αριθ. Γ4α/ΓΠ.οικ.33454/7.6.2022 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας, από 1.1.2022 δεν ισχύουν οι περιορισμοί στην υποβολή υποψηφιότητας για την κάλυψη θέσεων ιατρών Ε.Σ.Υ., όπως είχαν οριστεί με το άρθρο τρίτο του Ν. 4655/2020 (Φ.Ε.Κ. 16/31.1.2020) και συγκεκριμένα, οι ειδικευμένοι ιατροί κλάδου ΕΣΥ δεν οφείλουν να παραιτηθούν από τη θέση τους προκειμένου να θέσουν υποψηφιότητα σε άλλη θέση ειδικευμένου ιατρού ΕΣΥ. Συνεπώς οι ιατροί κλάδου ΕΣΥ μπορούν να διεκδικήσουν άλλη θέση ίδιου ή ανώτερου βαθμού από αυτόν που κατέχουν εφόσον πληρούν τις προϋποθέσεις του άρθρου 6 του Ν. 4999/2022.

## **Γ. ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για την υποβολή υποψηφιότητας για την πλήρωση θέσεων ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ., σύμφωνα με την υπ' αριθμ. Γ4α/Γ.Π.οικ.62944/28.11.2023 απόφαση του Υπουργείου Υγείας (ΦΕΚ 6701/Β'/28.11.2023) με θέμα: «Καθορισμός διαδικασίας προκήρυξης, υποβολής υποψηφιοτήτων και κριτηρίων μοριοδότησης, αξιολόγησης και επιλογής για θέσεις Διευθυντή, Επιμελητή Α' και Επιμελητή Β' κλάδου ιατρών και οδοντιάτρων Ε.Σ.Υ» είναι τα εξής:

1. Αίτηση-δήλωση η οποία υποβάλλεται ηλεκτρονικά στην ηλεκτρονική διεύθυνση [esydoctors.moh.gov.gr](http://esydoctors.moh.gov.gr).





Ιθαγένεια (Ελληνική ή Πολίτης κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης)	Πιστοποιητικό γέννησης ή το δελτίο αστυνομικής ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου. Όταν πρόκειται για πολίτη κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται και επίσημη μετάφραση των δικαιολογητικών αυτών και τίτλος ελληνομάθειας τύπου Β2 ή βεβαίωση γνώσης της ελληνικής από την αρμόδια επιτροπή του ΚΕΣΥ. Δεν απαιτείται τίτλος ελληνομάθειας για τους ιατρούς που είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα ή απόφοιτοι ελληνικού πανεπιστημίου ή διαθέτουν ισοτιμία και αντιστοιχία πτυχίου από ΔΟΑΤΑΠ (ΔΙΚΑΤΣΑ) ή έχουν αποκτήσει τίτλο ειδικότητας στην Ελλάδα.	
	Εάν επιλέξει ελληνική τότε αρκεί το προαναφερόμενο αρχείο με το Πιστοποιητικό γέννησης ή το δελτίο αστυνομικής ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου. Στην επιλογή Πολίτης κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης τότε μόνο θα πρέπει να αναρτηθεί αρχείο με τίτλο ελληνομάθειας τύπου Β2 ή βεβαίωση γνώσης της ελληνικής από την αρμόδια επιτροπή του ΚΕΣΥ ή τίτλος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα ή τίτλος ελληνικού πανεπιστημίου ή ισοτιμία και αντιστοιχία πτυχίου από ΔΟΑΤΑΠ(ΔΙΚΑΤΣΑ) ή τίτλος ειδικότητας στην Ελλάδα.	
Βιογραφικό Σημείωμα	Επισημαίνεται ότι δεν αποτελεί υποχρεωτικό δικαιολογητικό αλλά υποβάλλεται για διευκόλυνση του συμβουλίου. Για την απόδειξη των ουσιαστικών προσόντων που αναφέρονται στο βιογραφικό σημείωμα, απαιτείται η υποβολή αρχείων των επίσημων πιστοποιητικών ή βεβαιώσεων στα αντίστοιχα πεδία της ηλεκτρονικής εφαρμογής, όπως καθορίζονται στην παρούσα απόφαση.	
<b>Δικαιολογητικά Τύπου Α'</b>		
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 1</b>		<b>Αριθμός Αρχείων</b>
ΠΤΥΧΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ /	Πτυχίο. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου της αλλοδαπής	1
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ	απαιτείται Πτυχίο, επίσημη μετάφραση και ισοτιμία ΔΟΑΤΑΠ, όπου απαιτείται.	
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΟΥ ΟΙΚΕΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ή ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ	Βεβαίωση του οικείου Ιατρικού ή Οδοντιατρικού Συλλόγου, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης της.	1
ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ή ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	Απόφαση άδειας ή βεβαίωσης άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος ή άδεια άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος.	1
ΤΙΤΛΟΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ	Απόφαση χορήγησης τίτλου ειδικότητας ή τίτλος ειδικότητας.	1



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ	Υπεύθυνη Δήλωση στην οποία θα αναφέρονται: <u>Για τις θέσεις βαθμού Επιμελητή Β', Επιμελητή Α' και Διευθυντή</u> (α) δεν υπηρετώ σε θέση κλάδου Ε.Σ.Υ. ή υπηρετώ σε θέση του κλάδου Ε.Σ.Υ., με βαθμό ..... και έχω συμπληρώσει συνεχή υπηρεσία πέντε (5) ετών στο Φορέα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας στον οποίο υπηρετώ σήμερα. (β) δεν έχω παραιτηθεί από θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. πριν από τη συμπλήρωση πέντε (5) ετών από τον διορισμό μου ή σε αντίθετη περίπτωση 'ότι έχουν συμπληρωθεί δύο (2) χρόνια από την ημερομηνία παραίτησής μου. (γ) δεν έχω αρνηθεί διορισμό σε θέση ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ. ή σε αντίθετη περίπτωση, ότι έχουν συμπληρωθεί δύο (2) χρόνια από την παρέλευση της προθεσμίας ανάληψης υπηρεσίας.	
ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΠΑΙΘΡΟΥ, όπου απαιτείται	Βεβαίωση του Υπουργείου Υγείας από την οποία να προκύπτει ότι ο ιατρός έχει εκπληρώσει την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου ή έχει απαλλαγεί της υποχρέωσης.	1
ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ (για τις θέσεις που απαιτείται)	Τίτλος ιατρικής εξειδίκευσης	1
<b>Υποσημείωση: Τα αρχεία θα είναι Pdf ή JPEG (φωτογραφία) ή jpg ή x-rng ή png χωρητικότητας μέχρι 2 MB.</b>		

#### ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΥΠΟΥ Β:

Τα αποδεικτικά της μοριοδότησης των υποψηφίων τα οποία καλούνται «ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΥΠΟΥ Β», αφορούν τα ουσιαστικά προσόντα τα οποία μοριοδοτούνται και συμπληρώνονται σύμφωνα με τους Πίνακες 1,2,3,4,5,6,7, του παραρτήματος της Γ4α/Γ.Π.οικ.62694/28.11.2023 Απόφασης (ΦΕΚ 6701//Β')

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 αρχεία pdf ή jpg των ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILLE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό.

Σύμφωνα με τα οριζόμενα στις υπ' αριθμ.ΔΙΣΚΠΟ/Φ.15/οικ.8342/1.4.2014 (ΑΔΑ: ΒΙΗΟΧ-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 από δικηγόρο.

Για τις θέσεις οι οποίες προκηρύσσονται με ειδική εμπειρία για να λάβει ο υποψήφιος για διορισμό ιατρός την ανάλογη μοριοδότηση θα πρέπει να υποβάλει αρχεία PDF ή JPEG (φωτογραφία) ή jpeg ή x-rng χωρητικότητας μέχρι 2 MB με τα πιστοποιητικά ή τις βεβαιώσεις τα οποία θα την αποδεικνύουν. Εάν δεν διαθέτει τη ζητούμενη ειδική εμπειρία, μπορεί να δηλώσει και να λάβει τα μόρια που αντιστοιχούν στην προϋπηρεσία που διαθέτει μετά τη λήψη της ειδικότητάς του.





#### Δ. ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΤΩΝ ΑΙΤΗΣΕΩΝ

Η αίτηση-δήλωση υποψηφιότητας, υποβάλλεται στην ηλεκτρονική διεύθυνση [esydoctors.moh.gov.gr](https://esydoctors.moh.gov.gr), με τη χρήση των κωδικών εισαγωγής στο TAXISNET, από **12.03.2024 ώρα 12.00 (μεσημέρι) και λήγει στις 29.03.2024 ώρα 15.00.**

Κάθε υποψήφιος δύναται να υποβάλει μια (1) ηλεκτρονική αίτηση ανά έγκριση προκήρυξης θέσεων. Ο υποψήφιος δύναται να δηλώσει έως πέντε (5) κωδικούς θέσεων της ειδικότητάς του για το σύνολο των προκηρυγμένων θέσεων σε νοσοκομεία και Γενικά Νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας, μίας (1) μόνο Διοίκησης Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.Πε.) της Χώρας και έως πέντε (5) κωδικούς θέσεων της ειδικότητάς του σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μιας (1) μόνο Δ.Υ.Πε. δηλώνοντας υποχρεωτικά και τη σειρά προτίμησής του. Αν ο φορέας προκηρύσσει περισσότερες της μίας (1) θέσης στην ίδια ειδικότητα και στον ίδιο βαθμό, αυτές θα αντιστοιχούν σε έναν (τον ίδιο) κωδικό θέσης.

Στο ανώτατο όριο των παραπάνω θέσεων δεν συμπεριλαμβάνονται οι θέσεις του Ε.Κ.Α.Β. στην περίπτωση που συμπεριλαμβάνονται στην ίδια έγκριση προκήρυξης.

Η υποψηφιότητα υποβάλλεται ηλεκτρονικά, μέσω της ηλεκτρονικής εφαρμογής του Υπουργείου Υγείας [esydoctors.moh.gov.gr](https://esydoctors.moh.gov.gr), εντός προθεσμίας, η οποία ορίζεται με την απόφαση έγκρισης της προκήρυξης των θέσεων, συνοδευόμενη με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, ως ακολούθως:

**α)** Τα αναγκαία για την εγκυρότητα συμμετοχής του υποψηφίου στη διαδικασία επιλογής, τα οποία καλούνται «ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΥΠΟΥ Α», σύμφωνα με τον πίνακα 1 του παραρτήματος, καθώς και **β)** τα αποδεικτικά της μοριοδότησης των υποψηφίων τα οποία καλούνται «ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΥΠΟΥ Β», που αφορούν στα ουσιαστικά προσόντα, τα οποία μοριοδοτούνται και συμπληρώνονται σύμφωνα με τους πίνακες 2, 3, 4, 5, 6 και 7 του παραρτήματος.

Η αίτηση-δήλωση επέχει και θέση υπεύθυνης δήλωσης του άρθρου 8 του ν. 1599/1986 (Α' 75), ως προς την ακρίβεια των δηλούμενων σ' αυτήν στοιχείων του υποψηφίου.

Δεδομένου ότι η επεξεργασία των αιτήσεων-δηλώσεων γίνεται ηλεκτρονικά, οι υποψήφιοι υποχρεούνται να συμπληρώσουν τα αντίστοιχα τετραγωνίδια και πεδία της ηλεκτρονικής αίτησης-δήλωσης που αναφέρονται σε αντίστοιχα προσόντα ή κριτήρια ή ιδιότητες και να υποβάλουν ηλεκτρονικά τα αντίστοιχα δικαιολογητικά

Η ηλεκτρονική αίτηση-δήλωση μετά την οριστική καταχώρισή της παρέχεται σε εκτυπώσιμη μορφή, η οποία αναγράφει και τον αριθμό πρωτοκόλλου ηλεκτρονικής αίτησης. Εάν δεν συμπληρωθούν/επιλεγούν τα υποχρεωτικά τετραγωνίδια-πεδία, τότε η αίτηση δεν καταχωρείται και είναι αδύνατο να υποβληθεί. Η υποβολή περισσότερων της μίας αιτήσεων-δηλώσεων δεν είναι εφικτή, όμως ο υποψήφιος δύναται, εντός της προθεσμίας υποβολής αιτήσεων, να ακυρώσει την υποβληθείσα και να υποβάλει εκ νέου αίτηση-δήλωση.



Τα απαραίτητα κατά περίπτωση δικαιολογητικά, με τα οποία αποδεικνύονται τα απαιτούμενα τυπικά και μοριοδοτούμενα προσόντα, τα κριτήρια ή ιδιότητες που επικαλούνται οι υποψήφιοι με την αίτηση εγγραφής τους, επισυνάπτονται ηλεκτρονικά στην αίτησή τους σε αρχεία μορφής Pdf ή JPEG (φωτογραφία) ή jpg ή x-rng ή png χωρητικότητας μέχρι 2 MB. Το Συμβούλιο Κρίσης και Επιλογής έχει δικαίωμα να ζητήσει από τους υποψήφιους ιατρούς οποιοδήποτε δικαιολογητικό ή έγγραφο (τύπου Β'), είτε γιατί κρίνει ότι είναι απαραίτητο για τη διαδικασία, είτε λόγω ενδεχόμενου τεχνικού προβλήματος σε κάποιο από τα υποβληθέντα αρχεία (τύπου Α' και Β').

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

Η απόφαση προκήρυξης αναρτάται στη **ΔΙΑΥΓΕΙΑ μέχρι τις 06.03.2024**, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.3861/2010 (ΦΕΚ 112/Α'), στην ιστοσελίδα του Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» ([www.ippokratio.gr](http://www.ippokratio.gr)) και αποστέλλεται ηλεκτρονικά στο Υπουργείο Υγείας στη διεύθυνση [drnrp\\_a@moh.gov.gr](mailto:drnrp_a@moh.gov.gr), καθώς και στη διεύθυνση [4ypre@4ypre.gr](mailto:4ypre@4ypre.gr) της 4η Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης. Επίσης κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο στη διεύθυνση [pisinfo@pis.gr](mailto:pisinfo@pis.gr) και στον Ιατρικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης στη διεύθυνση [grammatia@isth.gr](mailto:grammatia@isth.gr).

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ



ΑΝΤΩΝΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Κοινοποίηση:

1. Υπουργείο Υγείας
2. 4η Δ.Υ.Πε Μακεδονίας- Θράκης
3. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος
4. Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης

Εσωτερική διανομή:

5. Γραφείο Διοικητή
6. Γραφείο Αναπληρωτή Διοικητή
7. Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας
8. Διευθύντρια Διοικητικής-Οικονομικής Υπηρεσίας
9. Υποδιεύθυνση Διοικητικού