



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 4<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Θεσσαλονίκη, 7 Οκτωβρίου 2024  
Αριθμ. πρωτ. : 45899

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ  
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ταχ. Διεύθυνση : Ιουστινιανού 1 & Εθν. Αντιστάσεως 11  
Ταχ. Κώδικας : 551 34 Θεσσαλονίκη  
Πληροφορίες : Π. Καδηγιαννοπούλου  
Τηλέφωνο : 2313 327881  
Email : gkadi@4ype.gr

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

για την Συνεργασία δύο (2) ιδιωτών ιατρών, ενός (1) ιατρού, ειδικότητας Γενικής Ιατρικής ή Παθολογίας και ενός (1) ιατρού, ειδικότητας Παιδιατρικής, με το Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο Οργάνης του Κέντρο Υγείας Σαπών, αρμοδιότητας της 4ης Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης, με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Απόδειξης Παροχής Υπηρεσίας»

Ο Διοικητής  
της 4<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης

Έχοντας υπόψη :

- 1) Τις διατάξεις του άρθρου **29 του Ν. 4419/2016** (ΦΕΚ 174/τ.Α/20.09.2016) σε αντικατάσταση του πρώτου εδαφίου της παρ. 1 του άρθρου 41 του Ν. 4058/2012 (ΦΕΚ 63/τ.Α/22.03.2012), όπως αντικαταστάθηκε με την παρ. 1 του άρθρου 182 του Ν. 4261/2014 (ΦΕΚ 107/τ.Α 05.05.2021): «Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα Κέντρα Υγείας νησιωτικών, ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών, το ΚΕΕΛ.Π.ΝΟ., ο Ο.ΚΑ.ΝΑ., το Κ.Ε.Θ.Ε.Α. και η Α.Ε.Μ.Υ.Α.Ε. με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου τους, δύνανται για την κάλυψη των αναγκών τους σε προσωπικό και για την προσήκουσα λειτουργία τους, εφόσον δεν επαρκεί το προσωπικό τους, να συνεργάζονται με ιατρούς κάθε ειδικότητας, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, κοινωνιολόγους, νοσηλευτές....., με καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους ».
- 2) Τις διατάξεις του άρθρου 44 του Ν.4486/02017 (ΦΕΚ 115/τ.Α/07.08.2017) «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις»: **Ειδικότητες επαγγελματιών συνεργαζόμενων με Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας** .....Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.....με απόφαση του Διοικητικού τους Συμβουλίου δύνανται για την κάλυψη των αναγκών τους σε προσωπικό και για την προσήκουσα λειτουργία τους, εφόσον δεν επαρκεί το προσωπικό τους, να συνεργάζονται με ιατρούς κάθε ειδικότητας, ακτινοφυσικούς, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, κοινωνιολόγους, νοσηλευτές, ΤΕ Ραδιολογίας-Ακτινολογίας, ΔΕ Χειριστών - Εμφανιστών, ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων, ΔΕ Βοηθών Ιατρικών και Βιολογικών εργαστηρίων, ΔΕ Τεχνικών (Ηλεκτρολόγων, Υδραυλικών - Θερμοϋδραυλικών), ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας, ΤΕ Διοικητικού-Λογιστικού, ΠΕ φαρμακοποιών, ΔΕ βοηθών φαρμακοποιών, ΔΕ Πληρωμάτων Ασθενοφόρων και ειδικούς θεραπευτές πρώην εξαρτημένους, οι οποίοι έχουν ολοκληρώσει με επιτυχία θεραπευτικό πρόγραμμα των εγκεκριμένων Οργανισμών ή Φορέων

του Ν. 4139/2013 (ΦΕΚ 74/τ.Α/20.03.2013), με καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες του».

- 3) Το άρθρο 47 του Ν. 4633/2019 (ΦΕΚ 161/τ.Α/16.10.2019) «Τροποποίηση του άρθρου 41 του Ν.4058/2012 (ΦΕΚ 63/τ.Α/22.03.2012)», στο οποίο αναφέρεται ότι «Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.... καθώς και τα Κέντρα Υγείας νησιωτικών, ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών ή των περιοχών όπου έχουν εξαντληθεί οι υποψήφιοι επικουρικοί ιατροί από τους αντίστοιχους ηλεκτρονικούς καταλόγους των Υ.Πε., με απόφαση του Διοικητή της αρμόδιας Υ.Πε. δύνανται για την κάλυψη των αναγκών τους .....».
- 4) Το άρθρο 48 του Ν. 4690/2020 στο οποίο αναφέρεται ότι «Η συνεργασία με τους ανωτέρω ... μετά από πλήρως αιτιολογημένη έκθεση του φορέα και απόφαση του Υπουργείου Υγείας».
- 5) Το άρθρο 104 του Ν. 5034/2023 στο οποίο αναφέρεται ότι «Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., το Ν.Ι.Μ.Τ.Σ., ο Ε.Ο.Δ.Υ. ... καθώς και τα Κέντρα Υγείας νησιωτικών, ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών ή των περιοχών όπου έχουν εξαντληθεί οι υποψήφιοι επικουρικοί ιατροί από τους αντίστοιχους ηλεκτρονικούς καταλόγους των Υ.Πε., με απόφαση του Διοικητή της αρμόδιας Υ.Πε. δύνανται για την κάλυψη των αναγκών τους .....».
- 6) Το άρθρο 5 του Ν. 5046/2023 «Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., το Ν.Ι.Μ.Τ.Σ., ο Ε.Ο.Δ.Υ. ... καθώς και τα Κέντρα Υγείας νησιωτικών, ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών ή των περιοχών όπου έχουν εξαντληθεί οι υποψήφιοι επικουρικοί ιατροί από τους αντίστοιχους ηλεκτρονικούς καταλόγους των Υ.Πε., με απόφαση του Διοικητή της αρμόδιας Υ.Πε. δύνανται για την κάλυψη των αναγκών τους .....».
- 7) Τα προβλεπόμενα στις με αριθμό οικ. 61502/3399/30.12.2016 και οικ.61501/3398/30.12.2016 Υπουργικές Αποφάσεις (ΦΕΚ 4330/τ.Β) με τις οποίες ρυθμίζονται τα ζητήματα που αφορούν στο καθορισμό της μηνιαίας βάσης υπολογισμού των ασφαλιστικών εισφορών σε περίπτωση άσκησης πολλαπλής επαγγελματικής δραστηριότητας (μισθωτή απασχόληση, ελεύθερο επάγγελμα, αυτοαπασχόληση, αγροτική δραστηριότητα).
- 8) Τις διατάξεις του άρθρου 34 του Ν.4325/2015 (ΦΕΚ 47/τ.Α/11.05.2015): «.....συνεργασία με τους ανωτέρω πραγματοποιείται κατά παρέκκλιση των διατάξεων του άρθρου 6 του Ν. 2527/1997, όπως συμπληρώθηκε με το άρθρο 10 του Ν. 3812/2009, καθώς και της παρ. 20α του ένατου άρθρου του Ν. 4057/2012, μετά από πλήρως αιτιολογημένη έκθεση του φορέα και απόφαση του Υπουργού Υγείας».
- 9) Τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας Ν. 3418/2005 (ΦΕΚ 287/τ.Α/28.11.2005), όπως ισχύει σήμερα.
- 10) Την αριθμ. πρωτ. Γ4β/33990/26.09.2024 εγκριτική Απόφαση του Υπουργείου Υγείας.
- 11) Τις ανάγκες για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του Π.Π.Ι. Οργάνης του Κ.Υ. Σαπών, αρμοδιότητας της 4<sup>ης</sup> Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης.

### Π ρ ο σ κ α λ ε ί

Δύο (2) ιατρούς συνεργάτες, έναν (1) ιατρό, ειδικότητας Γενικής Ιατρικής ή Παθολογίας και έναν (1) ιατρό, ειδικότητας Παιδιατρικής, για το Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο Οργάνης του Κ.Υ. Σαπών και για το χρονικό διάστημα των έξι (6) μηνών.

Η συνεργασία αφορά στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών κατά αναλογία του ωραρίου των ιατρών Ε.Σ.Υ. για πενήνήμερη εργασία ανά βδομάδα και στην ένταξη στο πρόγραμμα εφημεριών,

σύμφωνα με το μηνιαίο πρόγραμμα (ειδικότερα για τέσσερις (4) μικτές εφημερίες καθημερινές, για μία (1) μικτή εφημερία Σάββατο, για μία (1) μικτή εφημερία Κυριακή) με μηνιαία μικτή αμοιβή 2.727,71 € για την **κάθε ειδικότητα**.

### **ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ**

1. Να είναι Έλληνες πολίτες ή να έχουν αποκτήσει την ελληνική ιθαγένεια. **Εξαιρέση:** Δικαιούνται να εκδηλώσουν ενδιαφέρον και πολίτες των λοιπών Κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ενώσεως, καθώς και πολίτες τρίτων χωρών. Για τους πολίτες αυτούς απαιτείται η γνώση της Ελληνικής γλώσσας, η οποία αποδεικνύεται με πιστοποιητικό ελληνομάθειας (Ν. 2413/1996 άρθρο 10 παρ.1).
2. Να είναι υγιείς και να έχουν την φυσική καταλληλότητα που τους επιτρέπει την εκτέλεση των καθηκόντων τους.
3. Κατά το χρόνο λήξεως της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων και κατά τον χρόνο έναρξης της συνεργασίας: α) Να μην έχουν καταδικαστεί για κακούργημα ή σε οποιαδήποτε άλλη ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, δωροδοκία ή δωροληψία, καταπίεση, απιστία περί την υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος, συκοφαντική δυσφήμιση καθ' υποτροπή ή εγκλήματα της γενετήσιας ελευθερίας ή οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής, β) Να μην είναι υπόδικοι λόγω παραπομπής με τελεσίδικο βούλευμα για κακούργημα ή για πλημμέλημα της προηγούμενης περίπτωσης, έστω και αν το αδίκημα παραγράφηκε, γ) Να μην έχουν λόγω καταδίκης στερηθεί τα πολιτικά τους δικαιώματα και δεν έχει λήξει ο χρόνος που ορίστηκε για τη στέρηση, δ) Να μην τελούν είτε υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) είτε υπό επικουρική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) είτε υπό συνδυασμό και των δύο προηγούμενων, ε) Να μην έχουν απολυθεί από θέση δημοσίου υπαλλήλου ή υπαλλήλου Ν.Π.Δ.Δ., Ο.Τ.Α., ή Ν.Π.Ι.Δ. του άρθρου 14 του Ν. 2190/1994 όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 παρ.1 του Ν.2527/1997 ή Ν.Π.Ι.Δ. της παρ.3 του άρθρου 1 του Ν. 2527/1997, λόγω επιβολής της πειθαρχικής ποινής της οριστικής παύσης ή λόγω καταγγελίας της σύμβασης εργασίας για σπουδαίο λόγο οφειλόμενο σε υπαιτιότητα του εργαζομένου και δεν έχει παρέλθει πενταετία από την απόλυση.
4. Μέχρι τη λήξη της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν απαλλαγεί νόμιμα από αυτές κατ' αναλογία του άρθρου 5 του Ν. 2683/1999.
5. Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στη ΔΟΥ ως επιτηδευματίες.

### **ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ**

1. Πτυχίο ιατρικής.
2. Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
3. Άδεια χρησιμοποίησης τίτλου της αντίστοιχης Ιατρικής ειδικότητας.
4. Βεβαίωση ιδιότητας μέλους Ιατρικού Συλλόγου, η οποία ιδιότητα πρέπει να υφίσταται τόσο κατά το χρόνο υποβολής της αιτήσεως και της λήξης της προθεσμίας υποβολής των ηλεκτρονικών αιτήσεων, όσο και κατά το χρόνο υπογραφής της σύμβασης.
5. Εκπλήρωση της υποχρεωτικής άσκησης υπηρεσίας υπαίθρου αποδεικνυόμενη με Βεβαίωση από το Υπουργείο Υγείας ή Βεβαίωση απαλλαγής του ίδιου Υπουργείου.
6. Από τις ανωτέρω άδειες ή βεβαιώσεις ή την επαγγελματική ταυτότητα, οι οποίες πρέπει να είναι σε ισχύ, τόσο κατά τον χρόνο υποβολής της ηλεκτρονικής αίτησης – υπεύθυνης δήλωσης και της λήξεως της προθεσμίας υποβολής αυτής, όσο και κατά το χρόνο υπογραφής της σύμβασης, πρέπει να αποδεικνύεται πότε ακριβώς απέκτησε ο υποψήφιος τη συγκεκριμένη άδεια ή βεβαίωση ή επαγγελματική ταυτότητα, που απαιτείται

από την παρούσα, προκειμένου να προσμετρηθεί το κριτήριο της εμπειρίας από την λήψη αυτών.

### **ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΣΥΝΕΚΤΙΜΩΜΕΝΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ**

- α) Ο χρόνος προϋπηρεσίας/επαγγελματική εμπειρία.
- β) Επιπλέον ακαδημαϊκά προσόντα (μεταπτυχιακό ή διδακτορικό).

### **ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΤΑΞΗΣ**

Θα επιλεγούν οι υποψήφιοι που πληρούν τα γενικά και υποχρεωτικά προσόντα και συγκεντρώνουν τα περισσότερα συνεκτιμώμενα προσόντα με βάση τη σειρά που έχουν τεθεί.

### **ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ**

Οι υποψήφιοι **υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής**, η οποία επέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης, μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά με τα οποία αποδεικνύονται τα προσόντα ή οι ιδιότητες που επικαλούνται στην αίτησή τους. Η αίτηση και τα απαραίτητα δικαιολογητικά αποστέλλονται ταχυδρομικά με απόδειξη και σε κλειστό φάκελο στη Διεύθυνση:

**4<sup>η</sup> Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης**  
**Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων**  
**551 34 Καλαμαριά / Θεσσαλονίκη**  
**(Ιουστινιανού 1 & Εθν. Αντιστάσεως 11)**

**«Για την Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος για την συνεργασία ιατρού  
 με το Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο Οργάνης του Κέντρου Υγείας Σαπών,  
 αρμοδιότητας της 4ης Υ.Πε. με καθεστώς έκδοσης  
 Δελτίου Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών»**

Η χρονική περίοδος υποβολής των αιτήσεων ορίζεται από **10.10.2024** έως και **17.10.2024**. Αιτήσεις που θα αποσταλούν/υποβληθούν εκπρόθεσμα ή χωρίς τα απαραίτητα δικαιολογητικά δεν θα ληφθούν υπόψη. Ως ημερομηνία αποστολής της αίτησης θεωρείται:

- α. η ημερομηνία σφραγίδας των ΕΛΤΑ ή
- β. της ιδιωτικής εταιρείας ταχυμεταφοράς.

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να αναζητήσουν την Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος και το ειδικό έντυπο αίτησης στην ηλεκτρονική διεύθυνση της 4ης Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης, είτε να προσέλθουν στο Κέντρο Υγείας Σαπών, προκειμένου να τα παραλάβουν ιδιοχείρως, είτε στους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους.

Οι ενδιαφερόμενοι, μαζί με την αίτησή τους, πρέπει να υποβάλλουν:

- 1) Αντίγραφο των δυο όψεων της Αστυνομικής Ταυτότητας.
- 2) Αντίγραφο τίτλων σπουδών, στους οποίους θα αναγράφεται αριθμητικά και ο βαθμός επίδοσης.
- 3) Αντίγραφο άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
- 4) Βεβαίωση ιδιότητας μέλους Ιατρικού Συλλόγου.
- 5) Άδεια χρησιμοποίησης τίτλου ιατρικής ειδικότητας.
- 6) Εκπλήρωση της υποχρεωτικής άσκησης υπηρεσίας υπαίθρου, αποδεικνυόμενη με βεβαίωση του Υπουργείου Υγείας ή βεβαίωση του ίδιου Υπουργείου ότι δεν απαιτείται.

**7) Αποδεικτικά της εργασιακής εμπειρίας, όπως:**

i. Βεβαίωση του οικείου ασφαλιστικού φορέα, στην οποία να αναγράφεται η διάρκεια της ασφάλισης και βεβαίωση από την οποία να προκύπτει η εμπειρία.

ii. Υπεύθυνη Δήλωση του ενδιαφερόμενου, κατά το άρθρο 8 του ν. 1599/1986, στην οποία να δηλώνονται, επακριβώς, ο χρόνος και το είδος της εμπειρίας του, καθώς και τα στοιχεία του εργοδότη, φυσικού προσώπου ή της επωνυμίας της επιχείρησης αν πρόκειται για νομικό πρόσωπο.

iii. Σε ειδικές περιπτώσεις και με τυχόν δικαστική απόφαση, από την οποία να προκύπτει το είδος της παρασχεθείσας εργασίας και η χρονική διάρκεια της παροχής της.

**8) Λοιπά δικαιολογητικά από τα οποία προκύπτουν τα προσόντα ή ιδιότητες που επικαλούνται στην αίτησή τους.**

**9) Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα.**

### **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:**

Εάν δεν υποβληθούν τα απαιτούμενα δικαιολογητικά η αίτηση του ενδιαφερόμενου απορρίπτεται. 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.

### **ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ**

Ο έλεγχος των δικαιολογητικών πραγματοποιείται από τη Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού της Υ.Πε.. Η κατάταξη και η επιλογή του υποψηφίου πραγματοποιείται από τη Διοίκηση της 4ης Υ.Πε. Ο πίνακας κατάταξης των υποψηφίων αναρτάται στον πίνακα ανακοινώσεων της Κεντρικής Υπηρεσίας και του Κέντρου Υγείας, καθώς και στο διαδικτυακό τόπο της 4ης Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης. Ακολούθως καλούνται από τον Διοικητή της 4ης Υ.Πε. οι υποψήφιοι για υπογραφή σύμβασης και ανάληψη υπηρεσίας με επιστολή.

### **ΠΡΟΣΛΗΨΗ - ΛΥΣΗ ΣΥΜΒΑΣΗΣ**

Η 4η Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης ως πρώτος συμβαλλόμενος διατηρεί το δικαίωμα καταγγελίας της σύμβασης, σε περίπτωση διαπίστωσης ανεπαρκούς ή ελλιπούς παροχής υπηρεσιών του δεύτερου συμβαλλόμενου και προχωρά άμεσα σε αντικατάστασή του από τον αμέσως επόμενο υποψήφιο στον πίνακα κατάταξης για το υπολειπόμενο χρονικό διάστημα και μέχρι συμπλήρωσης της αντίστοιχης χρονικής διάρκειας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ  
της 4<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας  
Μακεδονίας και Θράκης

**Δρ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΜΠΟΓΙΑΤΖΙΔΗΣ**

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι</b>	
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ</b>	
	<p><b>ΠΡΟΣ</b>  <b>4<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ</b>  <b><u>ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ</u></b>          ΙΟΥΣΤΙΝΙΑΝΟΥ 1 &amp; ΕΘΝ. ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΩΣ 11,          551 34 ΚΑΛΑΜΑΡΙΑ/ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ          ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ          ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ</p>
ΟΝΟΜΑ:	<p>Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι επιθυμώ να συμμετάσχω ως υποψήφιος στην αριθμ. πρωτ. ....</p> <p>Πρόσκληση της 4<sup>ης</sup> Δ.Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης ως ιατρός - εξωτερικός συνεργάτης, ότι δεν υφίσταται κανένα κώλυμα, σύμφωνα με τα οριζόμενα στις σελ.3 και 4, παρ. 4 των Γενικών Προσόντων της Πρόσκλησης, ότι αποδέχομαι τους όρους της πρόσκλησης και ότι κατέχω την ειδικότητα:</p> <p>.....</p> <p>για το Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο Οργάνης του Κ.Υ. Σαπών</p> <p><b>Σας υποβάλλω συνημμένα τα ακόλουθα δικαιολογητικά:</b></p> <p>1.Φωτοτυπία της ταυτότητας ή του διαβατηρίου από το οποίο θα προκύπτει ότι ο κάτοχος είναι Έλληνας υπήκοος ή υπήκοος χώρας μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης <input type="checkbox"/></p> <p>Οι υπήκοοι τρίτων χωρών θα υποβάλλουν φωτοαντίγραφο του δελτίου παραμονής επί μακρόν ή φωτοαντίγραφο μπλε κάρτας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή φωτοαντίγραφο δελτίου άδειας παραμονής ομογενούς ή φωτοαντίγραφο δελτίου παραμονής δεύτερης γενιάς. <input type="checkbox"/></p> <p>2. Φωτοαντίγραφο πτυχίου Ελληνικού Πανεπιστημίου ή Πανεπιστημίου κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της ισοτιμίας ΔΟΑΤΑΠ, όπου αυτό απαιτείται ή πτυχίου χώρας εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης, το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της ισοτιμίας ΔΟΑΤΑΠ. <input type="checkbox"/></p> <p>3.Φωτοαντίγραφο άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος στη χώρα μας. <input type="checkbox"/></p> <p>4. Βεβαίωση Ιδιότητας Μέλους Ιατρικού Συλλόγου. <input type="checkbox"/></p> <p>5. Άδεια χρήσης τίτλου ιατρικής ειδικότητας στη χώρα μας. <input type="checkbox"/></p> <p>6.Βεβαίωση Εκπλήρωσης Υπηρεσίας Υπαίθρου του Υπουργείου Υγείας <input type="checkbox"/> ή Βεβαίωση απαλλαγής από το Υπουργείο Υγείας <input type="checkbox"/></p> <p>7. Βεβαίωση γνώσης της Ελληνικής γλώσσας (Δγ/10424/31-3-93 ΦΕΚ 263Β) Υπουργική Απόφαση), όπου απαιτείται <input type="checkbox"/></p> <p>8. Βεβαίωση προϋπηρεσίας/επαγγελματικής εμπειρίας. <input type="checkbox"/></p> <p>9. Βιογραφικό Σημείωμα. <input type="checkbox"/></p> <p>10. .... <input type="checkbox"/></p>
ΕΠΙΘΕΤΟ:	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:	
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:	
ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:	
ΚΑΤΟΙΚΟΣ:	
ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ:	
ΤΚ:	
ΤΗΛ.:	
ΚΙΝ. ΤΗΛ.:	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:	
ΘΕΜΑ: <b>ΥΠΟΒΟΛΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ</b> <b>ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ Δ.Α.Π.Υ.</b>	
ΣΥΝΝΗΜΜΕΝΑ: ..... Δικαιολογητικά	
(Συμπληρώνεται ο αριθμός των δικαιολογητικών που υποβάλλονται)	
	Ημερομηνία ..... Ο/Η Αιτών/ούσα