

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗ ΤΩΝ**  
**ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΟΝ ΠΙΝΑΚΑ ΤΩΝ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΩΝ ΤΗΣ 3<sup>ΗΣ</sup> Υ.ΠΕ.**  
**ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

1. **Αίτηση** (Πατήστε [εδώ](#))
  
2. **A. Φωτοαντίγραφο ταυτότητας** ή διαβατηρίου, από το οποίο να προκύπτει ότι ο/η κάτοχος είναι Έλληνας υπήκοος ή υπήκοος χώρας κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.  
**B. Φωτοαντίγραφο δελτίου μόνιμης διαμονής μέλους οικογένειας πολίτη της Ένωσης**, για τους συζύγους Ελλήνων υπηκόων ή υπηκόων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.  
**Γ. Φωτοαντίγραφο του δελτίου παραμονής επί μακρόν διαμένοντος** ή φωτοαντίγραφο μπλε κάρτας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή φωτοαντίγραφο δελτίου άδειας παραμονής ομογενούς ή φωτοαντίγραφο δελτίου παραμονής δεύτερης γενιάς, για τους υπήκοους τρίτων χωρών.  
**(ΥΠΟΣΗΜΕΙΩΣΗ** : Υποβάλλεται από τους ενδιαφερόμενους/ες ιατρούς, όποιο δικαιολογητικό από τα Α, Β, Γ ισχύει κατά περίπτωση)
  
3. **A. Φωτοαντίγραφο πτυχίου Ελληνικού Πανεπιστημίου.**  
**B. Φωτοαντίγραφο ξενόγλωσσου πτυχίου Πανεπιστημίου** κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το οποίο θα συνοδεύεται από **φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης** και **φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ**, όπου αυτό απαιτείται.  
**Γ. Φωτοαντίγραφο ξενόγλωσσου πτυχίου Πανεπιστημίου** χώρας εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το οποίο θα συνοδεύεται από **φωτοαντίγραφο της επίσημης μετάφρασης** αυτού και **φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ**.  
**Υποσημείωση** : Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά 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 πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILLE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό.  
**(ΥΠΟΣΗΜΕΙΩΣΗ** : Υποβάλλεται από τους ενδιαφερόμενους/ες ιατρούς όποιο δικαιολογητικό από τα Α, Β, Γ ισχύει κατά περίπτωση)
  
4. **Φωτοαντίγραφο άδειας** ή βεβαίωσης **άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος** στην Ελλάδα.

5. **Φωτοαντίγραφο άδειας χρήσης τίτλου ιατρικής ειδικότητας στην Ελλάδα**
6. **Βεβαίωση εγγραφής σε ιατρικό σύλλογο**, από την οποία να προκύπτει η ασκούμενη ειδικότητα.
7. **Βεβαίωση γνώσης της Ελληνικής γλώσσας**, η οποία χορηγείται μετά από εξετάσεις ενώπιον της αρμόδιας επιτροπής του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (Κε. ΣΥ.) κατά τα οριζόμενα στην Δγ/10424/31.03.1993 υπουργική απόφαση (Β' 263), για υπήκοους χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και υπήκοους τρίτων χωρών. Για τους/τις ιατρούς που είναι απόφοιτοι Ελληνικού Πανεπιστημίου ή έχουν αποκτήσει τίτλο ειδικότητας στην Ελλάδα, δεν απαιτείται η παραπάνω βεβαίωση γνώσης της Ελληνικής γλώσσας.
- (ΥΠΟΣΗΜΕΙΩΣΗ** : Υποβάλλεται από τους ενδιαφερόμενους μόνο σε περίπτωση που είναι υπήκοοι χώρας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή τρίτης χώρας, και δεν υποβάλλεται εάν οι παραπάνω είναι κάτοχοι πτυχίου Ελληνικού Πανεπιστημίου ή έχουν αποκτήσει τίτλο ειδικότητας στην Ελλάδα)

8. **A. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν. 1599/1986 (Υπόδειγμα I (πατήστε [εδώ](#))**  
– Για ιατρούς που δεν κατέχουν άλλη έμμισθη θέση στον στενό ή ευρύτερο δημόσιο τομέα) με την οποία να δηλώνεται ότι ο/η ενδιαφερόμενος/η : α) δεν έχει αποποιηθεί διορισμό σε θέση ειδικευμένου ιατρού κλάδου Ε.Σ.Υ., β) δεν έχει παραιτηθεί από τη θέση ειδικευμένου ιατρού κλάδου Ε.Σ.Υ., γ) κατά την τελευταία δεν έχει παραιτηθεί από άλλη θέση επικουρικού ιατρού ή δεν έχει αποποιηθεί δύο φορές την επιλογή του σε θέση επικουρικού ιατρού, δ) δεν κατέχει καμία άλλη έμμισθη θέση στο στενό ή τον ευρύτερο δημόσιο τομέα, δεν έχει υποβάλλει αίτηση εγγραφής στον κατάλογο άλλης Υγειονομικής Περιφέρειας ή του Ε.Κ.Α.Β., κατά περίπτωση
- (ΠΡΟΣΟΧΗ** : Για την εγγραφή ιατρού/οδοντίατρου στον κατάλογο της υπηρεσίας μας, οι ιατροί δεν πρέπει να κατέχουν άλλη έμμισθη θέση στο στενό ή στον ευρύτερο δημόσιο τομέα)

Η'

- B. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν. 1599/1986 (Υπόδειγμα II (πατήστε [εδώ](#))**  
– Για ιατρούς που ειδικεύονται στα νοσοκομεία της χώρας, και έχει παραταθεί η θητεία τους, σύμφωνα με την παρ. 4 του άρθρου 34 του Ν. 4351/2015 και είναι κάτοχοι άδειας χρήσης τίτλου ιατρικής ειδικότητας στην Ελλάδα) με την οποία να δηλώνεται ότι ο/η ενδιαφερόμενος/η : α) δεν έχει αποποιηθεί διορισμό σε θέση ειδικευμένου ιατρού κλάδου Ε.Σ.Υ., β) δεν έχει παραιτηθεί από τη θέση ειδικευμένου ιατρού κλάδου Ε.Σ.Υ., γ) κατά την τελευταία δεν έχει παραιτηθεί από άλλη θέση επικουρικού ιατρού ή δεν έχει αποποιηθεί δύο φορές την επιλογή του σε θέση επικουρικού ιατρού, δ) κατέχει θέση ειδικευόμενου ιατρού σε παράταση

σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 34 του Ν.4351/2015 και είναι κάτοχος άδειας χρήσης τίτλου ιατρικής ειδικότητας στην Ελλάδα, ε) δεν έχει υποβάλλει αίτηση εγγραφής στον κατάλογο άλλης Υγειονομικής Περιφέρειας ή του Ε.Κ.Α.Β., κατά περίπτωση.

(**ΠΡΟΣΟΧΗ** : η συγκεκριμένη Υπεύθυνη Δήλωση συμπληρώνεται ΜΟΝΟ από ιατρούς οι οποίοι ειδικεύονται στα νοσοκομεία της χώρας μας και βρίσκονται αυτή τη στιγμή σε παράταση θητείας και είναι κάτοχοι άδειας χρήσης τίτλου ειδικότητας)

9. **Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν. 1599/1986 (Υπόδειγμα ΙΙΙ – πατήστε [εδώ](#))**, στην οποία να δηλώνεται η **επιλογή τοποθέτησης** σε δύο νομούς της 3<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας, κατά σειρά προτίμησης, στις οποίες επιθυμεί να τοποθετηθεί. Οι ενδιαφερόμενοι/ες είναι υποχρεωμένοι να δηλώσουν **οπωσδήποτε δύο νομούς** της 3<sup>ης</sup> Υ.Π.Ε. Με την ίδια υπεύθυνη δήλωση οι ενδιαφερόμενοι/ες έχουν την δυνατότητα, εφόσον το επιθυμούν, να δηλώσουν κατά σειρά προτεραιότητας (1<sup>η</sup> επιλογή, 2<sup>η</sup> επιλογή κλπ) αντίστοιχα, τις μονάδες του νομού στις οποίες επιθυμούν να τοποθετηθούν (νοσοκομείο, κέντρο υγείας, μονάδα υγείας Π.Ε.Δ.Υ.). **Η επιλογή τοποθέτησης είναι δεσμευτική για τους ενδιαφερόμενους/ες.**

(**ΠΡΟΣΟΧΗ** : Οι ενδιαφερόμενοι είναι υποχρεωμένοι να δηλώσουν ΔΥΟ νομούς που ανήκουν στην 3<sup>η</sup> Υ.Π.Ε., ενώ η δήλωση συγκεκριμένων μονάδων που ανήκουν στον νομό, είναι προαιρετική **ΠΡΟΣΟΧΗ** : Όσοι/ες ενδιαφερόμενοι/ες δεν υποβάλλουν υπεύθυνη δήλωση προτίμησης, τοποθετούνται κατά την ελεύθερη και ανέλεγκτη κρίση της υπηρεσίας. **ΠΡΟΣΟΧΗ** : Υπεύθυνες Δηλώσεις, σχετικά με την επιλογή τοποθέτησης, οι οποίες δεν υποβάλλονται μαζί με την αίτηση καταχώρησης στον κατάλογο, δεν γίνονται δεκτές εκ των υστέρων. **ΠΡΟΣΟΧΗ** : Πλέον οι ενδιαφερόμενοι/ες, μπορούν να υποβάλλουν αίτηση εγγραφής στον κατάλογο ΜΟΝΟ μίας Υγειονομικής Περιφέρειας.)

10. **Πιστοποιητικό ή βεβαίωση εξειδίκευσης**, εφόσον διαθέτει ο/η ενδιαφερόμενος/η, για αναγνωρισμένες εξειδικεύσεις (π.χ. εξειδίκευση σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ή Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, στην Λοιμωξιολογία, στην Κλινική Μικροβιολογία, άδεια εκτέλεσης υπερήχων κ.τ.λ.), **ή βεβαίωση προϋπηρεσίας σε αντίστοιχες μονάδες**, η οποία χορηγείται από το νοσοκομείο στο οποίο υπηρέτησε ο ενδιαφερόμενος/η ως ειδικευμένος/η ιατρός με εξάμηνη τουλάχιστον υπηρεσία.

(**ΥΠΟΣΗΜΕΙΩΣΗ** : Υποβάλλεται από τους ενδιαφερόμενους/ες, καθότι για την τοποθέτηση τους στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Μονάδες Μεταμόσχευσης και Μονάδες Εφαρμογής Ιστών, προηγούνται οι υποψήφιοι/ες που διαθέτουν πιστοποιητικό εξειδίκευσης και ελλείψει αυτών, όσοι/ες διαθέτουν αποδεδειγμένη εμπειρία στις ανωτέρω μονάδες ως ειδικευμένοι/ες τουλάχιστον για ένα εξάμηνο.)

11. **Ιατρική Γνωμάτευση ή ιατρικό πιστοποιητικό δημόσιου ή ιδιωτικού νοσηλευτικού ιδρύματος ή θεραπευτηρίου, από το οποίο να προκύπτει η νόσος.**

**(ΥΠΟΣΗΜΕΙΩΣΗ** : Υποβάλλεται (μαζί με τα υπόλοιπα δικαιολογητικά) ΜΟΝΟ από τους ενδιαφερόμενους/ες ιατρούς, οι οποίοι δεν έχουν συμπληρώσει το εξηκοστό τέταρτο (64) έτος της ηλικίας τους και πάσχουν από ομόζυγο Β' μεσογειακή αναιμία, δρεπανοκυτταρική και μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία, λευχαιμία, αιμορροφιλία, νεανικό διαβήτη και κακοήγη νεοπλασματική νόσο, καθότι οι συγκεκριμένοι τοποθετούνται εκτός καταλόγου ως επικουρικοί ιατροί, σύμφωνα με την δήλωση προτίμησης τους)

- Οι αιτήσεις και οι υπεύθυνες δηλώσεις με όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά υποβάλλονται στο πρωτόκολλο της υπηρεσίας μας (Διοίκηση 3<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Μακεδονίας, Αριστοτέλους 16, Τ.Κ. 546 23, Θεσσαλονίκη – 3<sup>ος</sup> όροφος), **από τις 10 π.μ. μέχρι τη 1 μ.μ.**, είτε

1. αυτοπροσώπως, είτε

2. μέσω εξουσιοδοτημένου πληρεξουσίου, (η αίτηση και οι δύο Υπεύθυνες Δηλώσεις σε αυτήν την περίπτωση πρέπει να είναι θεωρημένες ως προς το γνήσιο της υπογραφής των αιτούντων), είτε

3. ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή ή με εταιρεία ταχυμεταφοράς. (η αίτηση και οι δύο Υπεύθυνες Δηλώσεις, σε αυτήν την περίπτωση, πρέπει να είναι θεωρημένες ως προς το γνήσιο της υπογραφής των αιτούντων)

- **ΠΡΟΣΟΧΗ** : **Οι ενδιαφερόμενοι/ες ιατροί, που υποβάλλουν την αίτηση με τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την καταχώρηση τους στον κατάλογο , είναι αποκλειστικά υπεύθυνοι για την συμπλήρωση των αιτήσεων και την ορθότητα των δικαιολογητικών που επισυνάπτουν, και με ατομική τους ευθύνη, γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται στην παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986, συμπληρώνουν τις δύο Υπεύθυνες Δηλώσεις.**

- **ΠΡΟΣΟΧΗ** : Οι ενδιαφερόμενοι/ες είναι υποχρεωμένοι να καταθέτουν όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά μαζί με την αίτηση και τις δύο υπεύθυνες δηλώσεις, την ίδια ημέρα που η αίτηση παίρνει αριθμό πρωτοκόλλου. Η υπηρεσία μας δεν θα δέχεται εκ των υστέρων συνοδευτικά δικαιολογητικά. Αιτήσεις με ελλιπή στοιχεία που δεν συνοδεύονται από όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, δεν καταχωρούνται στον κατάλογο και επιστρέφονται στους ενδιαφερόμενους/ες.
- Πριν την υποβολή των αιτήσεων και την κατάθεση των δικαιολογητικών, παρακαλούνται οι ενδιαφερόμενοι να μελετήσουν προσεκτικά τα αναφερόμενα στην υπ' αριθμ. Α2α/οικ.24317/30.03.2016 Υπουργική Απόφαση, η οποία δημοσιεύθηκε στο υπ' αριθμ. ΦΕΚ 1005/τ.Β'/12.04.2016. (πατήστε εδώ)