



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ  
ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΜΟΝΑΔΩΝ  
ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ : ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

ΥΠΟΧΡΕΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΧΡΕΟΥ  
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ, ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΥΠ’  
ΑΡΙΘΜ.ΠΡΩΤ.: 10048/20.02.2026 ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

Η ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΤΙΘΕΤΑΙ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ ΜΕ  
ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ : \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ : \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ: \_\_\_\_\_

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : \_\_\_\_\_ (ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ)

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ \_\_\_\_\_

ΑΡ.ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή

ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ \_\_\_\_\_

Α.Μ.Κ.Α. : \_\_\_\_\_

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : \_\_\_\_\_

ΟΔΟΣ ΑΡΙΘ. ΠΟΛΗ-ΔΗΜΟΣ-ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ Τ.Κ. ΝΟΜΟΣ

ΤΗΛΕΦΩΝΑ : (ΣΤΑΘΕΡΟ ΜΕ ΚΩΔΙΚΟ) \_\_\_\_\_

(ΚΙΝΗΤΟ) \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

● ΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Χώρα προέλευσης πτυχίου) Ακέραιος Δεκαδικός Καλώς, Λίαν καλώς, Άριστα Η/νια & Έτος Κτήσης)  
(Βαθμός πτυχίο) (Χαρακτηρισμός)

● ΕΠΙΔΙΩΚΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ:

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

ΚΩΔΙΚΟΣ

1.....

2.....

3 ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ..... ΧΩΡΙΣ ΚΩΔΙΚΟ

Η μία από τις αναφερόμενες προτιμήσεις κάθε ενδιαφερόμενου ιατρού, θα αφορά σε Περιφερειακή Ενότητα. Για να επιλεγεί ο ενδιαφερόμενος ιατρός σε θέση επί τη βάση της συγκεκριμένης προτίμησης του σε επίπεδο Περιφερειακής Ενότητας, θα πρέπει προηγουμένως να έχουν καλυφθεί οι θέσεις των λοιπών προτιμήσεων που δήλωσε από άλλους υποψηφίους

● **ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ:**

<b>Μήνες</b>	<b>Φορέας (Γ.Ν.– Κ.Υ., Κ.Υ – Π.Ι. κ.ο.κ.)</b>	<b>Ειδικότητα ή Υπηρεσία Υπαίθρου</b>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

\*όταν η προϋπηρεσία αφορά στο χρόνο ειδίκευσης βλ. προσκόμιση δικαιολογητικού αριθμ (6) και όταν η προϋπηρεσία αφορά στον χρόνο υπηρεσίας υπαίθρου βλ. προσκόμιση δικαιολογητικού αριθμ. (5) της παρούσας

**Συνημμένα Δικαιολογητικά**

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

Παράδειγμα για τη συμπλήρωση των συνημμένων :

1. Αντίγραφο Πτυχίου.
2. Αντίγραφο Αστυνομικής ταυτότητας ή Διαβατηρίου
3. -----

Με την παρούσα καταθέτω τα παραπάνω δικαιολογητικά, σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ.3 του ν.2690/1999 και δηλώνω υπεύθυνα, γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του ν.1599/1986, όπως ισχύει, ότι: **α) όλα τα αναγραφόμενα στοιχεία της αίτησης, καθώς και τα συνημμένα σε αυτή δικαιολογητικά είναι ακριβή και αληθή και β) θα προσκομίσω βεβαίωση παραίτησής μου από θέση που τυχόν κατείχα στο Δημόσιο τομέα κατά την ημερομηνία ανάληψης της υπηρεσίας μου ως υπόχρεος προσωπικός ιατρός (απαραίτητο δικαιολογητικό στο φορέα ανάληψης υπηρεσίας).**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ \_\_\_\_\_

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

## **ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

### **Οδηγίες:**

- Ο υποψήφιος οφείλει, πριν τη συμπλήρωση της αίτησης, να μελετήσει προσεκτικά την προκήρυξη, τα απαιτούμενα δικαιολογητικά και τις οδηγίες, που αναφέρονται στο παρόν έντυπο.
- Τα δηλωθέντα στοιχεία της αίτησης – υπεύθυνης δήλωσης καταχωρούνται αυτούσια, εκτός κι αν από τον έλεγχο της υπηρεσίας προκύψουν διαφορετικά δεδομένα.
- Η επιλογή των ιατρών γίνεται σύμφωνα με το (10) σχετικό της προκήρυξης.
- Τα αντίγραφα των απαιτούμενων δικαιολογητικών κατατίθενται σε απλή φωτοτυπία, ενώ η αίτηση-υπεύθυνη δήλωση **κατατίθεται με πρωτότυπη υπογραφή**.
- Ο βαθμός πτυχίου είναι απαραίτητο να αναγράφεται και αριθμητικά (με ακέραιο και δεκαδικό ή κλάσμα).
- Στα αντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και εγγράφων θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (Apostille), που έχει τεθεί στον πρωτότυπο τίτλο, ή έγγραφο.
- Τα ξενόγλωσσα πιστοποιητικά πρέπει να κατατίθενται με επίσημη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα, από αρμόδιες προς τούτο αρχές της ημεδαπής.
- Εάν ο υποψήφιος έχει λάβει απόφαση βαθμολογικής αντιστοιχίας πτυχίου από τον Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. λαμβάνεται υπόψη ο βαθμός της απόφασης. Σε περίπτωση που δεν αναγράφεται στο αντίγραφο του μεταφρασμένου πτυχίου ο βαθμός και δεν υπάρχει και βαθμολογική αντιστοιχία από τον Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π., είναι απαραίτητη η προσκόμιση και του αντιγράφου μεταφρασμένης ξενόγλωσσας βεβαίωσης από το Πανεπιστήμιο προέλευσης, από την οποία να προκύπτει ο μέσος όρος όλων των ετών σπουδών. Επίσης, εάν προκύπτει βαθμολογία ή αντιστοιχισμός με αυτή της ημεδαπής, γίνεται σύμφωνα με τα οριζόμενα στην Γ4γ/Γ.Π.οικ. 65342/19.12.2024 (Β' 6984) Υπουργική απόφαση.
- Δεν γίνονται δεκτά από την υπηρεσία μας εκπρόθεσμα κατατεθειμένα δικαιολογητικά.
- Οι υπόχρεοι επιλέγουν από όλες τις θέσεις της πρόσκλησης.
- **Αίτηση με ελλιπή στοιχεία απορρίπτεται.** Σε οποιαδήποτε περίπτωση την ευθύνη για κατάθεση ελλιπών δικαιολογητικών φέρει ο ενδιαφερόμενος. Για το λόγο αυτό δεν έχει δικαίωμα υποβολής ένστασης σε οφειλόμενα στον ίδιο λάθη.

**Προσοχή:** Για τη συμπλήρωση της αίτησης, ο υποψήφιος λαμβάνει υπόψη μόνο τον κωδικό της θέσης του ιατρού και την ημερομηνία εκκένωσης αυτής.

### **Απαιτούμενα δικαιολογητικά:**

#### **1. Αντίγραφο ΠΤΥΧΙΟΥ**

**α. Για ΠΤΥΧΙΑ της ημεδαπής:** Σε περίπτωση που στο αντίγραφο του πτυχίου δεν αναγράφεται η ημερομηνία κτήσης του και ο βαθμός είναι απαραίτητη η προσκόμιση βεβαίωσης από τη γραμματεία του Πανεπιστημίου, από την οποία θα προκύπτουν τα αναφερόμενα στοιχεία.

**β. Για ΠΤΥΧΙΑ που χορηγήθηκαν από χώρες εκτός της Ε.Ε.:** Αντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου-τίτλου, αντίγραφο της μετάφρασής του, αντίγραφο απόφασης ισοτιμίας και αντιστοιχίας και βαθμολόγησης από ΔΙΚΑΤΣΑ ή ΔΟΑΤΑΠ.

**γ. Για ΠΤΥΧΙΑ -ΤΙΤΛΟΥΣ, που χορηγήθηκαν από κράτη –μέλη της Ε.Ε.:** Αντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου – τίτλου, στο οποίο θα φαίνεται η επικύρωση του πρωτοτύπου (σφραγίδα της Χάγης) και αντίγραφο της μετάφρασής του. Εάν ο υποψήφιος έχει λάβει απόφαση βαθμολογικής αντιστοιχίας πτυχίου από τον Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. λαμβάνεται υπόψη ο

βαθμός της απόφασης. Σε περίπτωση που δεν αναγράφεται στο αντίγραφο του μεταφρασμένου πτυχίου ο βαθμός και δεν υπάρχει και βαθμολογική αντιστοιχία από τον Δ.Ο.Α.ΤΑ.Π., είναι απαραίτητη η προσκόμιση και του αντιγράφου μεταφρασμένης ξενόγλωσσας βεβαίωσης από το Πανεπιστήμιο προέλευσης, από την οποία να προκύπτει ο μέσος όρος όλων των ετών σπουδών. Σε περίπτωση που το πτυχίο χορηγήθηκε πριν την ένταξη της χώρας στην Ε.Ε. απαιτείται αντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου-τίτλου, αντίγραφο της μετάφρασής του, αντίγραφο απόφασης ισοτιμίας, αντιστοιχίας και βαθμολόγησης από ΔΙΚΑΤΣΑ ή ΔΟΑΤΑΠ, και ελλείψει των ανωτέρω ως ημερομηνία κτήσης θα λαμβάνεται η ημερομηνία ένταξης. Ειδικά για τις βεβαιώσεις που προέρχονται από τη Σλοβακία γίνονται δεκτές εφόσον είναι στην Αγγλική γλώσσα.

**δ.** Στην περίπτωση που δεν προκύπτει από τα προσκομισθέντα έγγραφα ο ως άνω προαναφερόμενος βαθμός θα καταχωρείται με το χαρακτηρισμό ΚΑΛΩΣ και με βαθμό 5 (πέντε).

### **2.Αντίγραφο ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ (και των δύο όψεων).**

Σε περίπτωση απόκτησης της Ελληνικής ιθαγένειας δηλώνεται η ημερομηνία δημοσίευσης του σχετικού ΦΕΚ.

**3.Αντίγραφο ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΤΡΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ τύπου Α' (μόνο για άνδρες) ή βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του Ελληνικού Στρατού ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής.** Εάν από το πιστοποιητικό προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή θα πρέπει να υπερβαίνει το ένα (1) έτος από τη καταληκτική ημερομηνία λήξης υποβολής των αιτήσεων. Όσοι υπηρετούν τη θητεία τους (απαραίτητα κατάθεση Στρατιωτικού εγγράφου-ταυτότητας) έχουν τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής θέσεων με τη βασική προϋπόθεση ότι θα πρέπει απαραίτητα να προσκομίσουν το απολυτήριο στην Υγειονομική Περιφέρεια κατά το διορισμό τους. Η μη κατάθεση του απολυτηρίου συνεπάγεται τη μη τοποθέτησή τους και τη μη δυνατότητα επιλογής θέσεων σε επόμενες προκηρύξεις ή προσκλήσεις.

**4.Αντίγραφο ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ** ή αριθμό πρωτοκόλλου υποβληθείσας αίτησης χορήγησης βεβαίωσης άσκησης ιατρικού επαγγέλματος στην Ελλάδα (αφορά τους ιατρούς που απέκτησαν πρόσφατα πτυχίο και η βεβαίωση δεν έχει εκδοθεί μέχρι τη λήξη της προθεσμίας υποβολής αιτήσεων).

**5. Αντίγραφο βεβαίωσης υπηρεσίας προσωπικού ιατρού ή υπηρεσίας υπαίθρου για υποψήφιους που υποβάλλουν αίτηση για συμπλήρωση υπολειπόμενου χρόνου υπηρεσίας προσωπικού ιατρού.** Πιο συγκεκριμένα:

**α)** Σε περίπτωση που ο υποψήφιος έχει υπηρετήσει ως ιατρός υπηρεσίας υπαίθρου **πριν τη δημοσίευση της υπ' αριθμ. πρωτ. Γ4γ/Γ.Π.οικ. 65342/2024 (ΦΕΚ 6984/Β/19.12.2024) Υπουργικής Απόφασης**, απαραίτητη είναι η πιστοποίηση της εκπαίδευσης του από το Νοσοκομείο και η βεβαίωση του Κέντρου Υγείας ή της Υ.Πε., στην οποία ανήκει το Κέντρο Υγείας, για το χρόνο που έχει εκτιθεί, ως υπηρεσία υπαίθρου.

**β)** Σε περίπτωση που ο υποψήφιος έχει υπηρετήσει ως υπόχρεος προσωπικός ιατρός **μετά τη δημοσίευση της υπ' αριθμ. πρωτ. Γ4γ/Γ.Π.οικ. 65342/2024 (ΦΕΚ 6984/Β/19.12.2024) Υπουργικής Απόφασης**, απαραίτητη είναι:

- είτε η πιστοποίηση της εκπαίδευσης του στο Νοσοκομείο (**εάν αυτή έχει διενεργηθεί σε Νοσοκομείο**) και η βεβαίωση του Κέντρου Υγείας ή της Υ.Πε., στην οποία ανήκει το Κέντρο Υγείας, για το χρόνο που έχει εκτιθεί, ως υπηρεσία προσωπικού ιατρού

- είτε βεβαίωση του Κέντρου Υγείας ή της Υ.Πε., στην οποία ανήκει το Κέντρο Υγείας, για την εκπαίδευσή του (**εάν αυτή έχει διενεργηθεί στο Κέντρο Υγείας**) και για τον χρόνο που έχει εκτιθεί ως υπηρεσία προσωπικού ιατρού.

**6.** Σε περίπτωση που ο υποψήφιος ιατρός διαθέτει ειδικευση, είναι απαραίτητη η **βεβαίωση**: α) του χρόνου ειδικευσης στην Ελλάδα, β) του χρόνου ειδικευσης στο εξωτερικό ή κράτους-μέλους της Ε.Ε, **με αναγνώριση στη Ελλάδα** γ) της κτήσης τίτλου ειδικότητας στην Ελλάδα, δ) της κτήσης τίτλου ειδικότητας σε κράτος-μέλος της Ε.Ε ή αλλοδαπής αναγνωρισμένου από την Ελλάδα.

**7. Υπεύθυνη δήλωση, με την οποία ο υποψήφιος να δηλώνει ότι:**

α) δεν έχει υπηρετήσει ως υπόχρεος προσωπικός ιατρός ή ως ιατρός υπηρεσίας υπαίθρου ή

β) ενώ υπηρετούσε παραιτήθηκε πριν τη συμπλήρωση της δωδεκάμηνης (υποχρεωτικής ή μη) υπηρεσίας προσωπικού ιατρού ή ιατρού υπηρεσίας υπαίθρου ή

γ) ενώ υπηρετούσε, παραιτήθηκε πριν τη συμπλήρωση της δωδεκάμηνης (υποχρεωτικής ή μη) υπηρεσίας προσωπικού ιατρού ή ιατρού υπηρεσίας υπαίθρου, λόγω έναρξης ειδικότητας στην ημεδαπή.

**8. Οι υπήκοοι κρατών - μελών της Ε.Ε. ή τρίτων χωρών υποβάλλουν** βεβαίωση εγγραφής πολίτη κράτους - μέλους της Ε.Ε. (άρθρο 42 του ν. 4071/2012, Α' 85), ή πιστοποιητικό μόνιμης διαμονής κοινοτικού υπηκόου (κάρτα Ευρωπαίου πολίτη, άρθρο 42 του ν. 4071/2012, Α' 85), ή δελτίο ταυτότητας ομογενούς, ή άδεια διαμονής ομογενούς (παρ.7 του άρθρου 167, άρθρα 168,169 του ν. 5038/2023, Α' 81), ή δελτίο διαμονής μέλους οικογένειας Έλληνα/Ελληνίδας, ή δελτίο διαμονής σε πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (άρθρα 93 και 162 του ν. 5038/2023, Α' 81), ή άδεια επί μακρόν διαμένοντος υπηκόου τρίτης χώρας (άρθρα 143,152 και 164 του ν. 5038/2023, Α' 81), ή δεκαετή άδεια παραμονής (άρθρο 161 του ν. 5038/2023, Α' 81), ή κατοχή μπλε κάρτας της Ε.Ε. (άρθρα 34 και 41 του ν. 5038/2023, Α' 81), ή άδεια διαμονής υπηκόου τρίτης χώρας σύμφωνα με το άρθρο 133 του ν. 5038/2023 (στα πλαίσια του προγράμματος D.A.C.).

**9. Για τις παραπάνω κατηγορίες των υπηκόων, πλην των Ελλήνων, απαραίτητη προϋπόθεση για την τοποθέτησή τους** είναι η επαρκής γνώση της ελληνικής γλώσσας, όπως αυτή προκύπτει από το πιστοποιητικό ελληνομάθειας επιπέδου B2 από το Κέντρο Ελληνικής Γλώσσας του Υπουργείου Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων, ή από το Διδασκαλείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, ή από το Σχολείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Η βεβαίωση της ελληνικής γλώσσας δεν απαιτείται για ιατρούς που εμπίπτουν στις παρακάτω περιπτώσεις α) είναι απόφοιτοι Ελληνικών Πανεπιστημίων, β) έχουν αποκτήσει τίτλο ειδικότητας στην Ελλάδα, γ) διαθέτουν απόφαση ισοτιμίας του πτυχίου τους από ΔΟΑΤΑΠ (ΔΙΚΑΤΣΑ).

Στην περίπτωση που ο υποψήφιος διαθέτει πιστοποιητικό ελληνομάθειας από το Κ.Ε.Σ.Υ. αυτό κατατίθεται με τα υπόλοιπα δικαιολογητικά.

Οι αιτήσεις θα κατατίθενται αυτοπροσώπως στο Πρωτόκολλο της 3<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας (Μακεδονίας) ή θα αποστέλλονται ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή, καθώς και με υπηρεσία ταχυμεταφοράς (courier) στην παρακάτω διεύθυνση (ως ημερομηνία αποστολής λαμβάνεται υπόψη η ημερομηνία κατάθεσης του σχετικού φακέλου στα ΕΛΤΑ ή στην εταιρεία ταχυμεταφοράς (courier)):

3<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ)

Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

Μαβίλη 11

Τ.Κ.: 54630 Θεσσαλονίκη

Οι αιτήσεις θα αποστέλλονται σε κλειστό φάκελο, στον οποίο θα αναγράφονται τα κάτωθι:

Αίτηση συμμετοχής στην υπ' αριθμ. πρωτ. .... Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος για την κάλυψη κενών και κενούμενων θέσεων υπόχρεων και μη υπόχρεων προσωπικών ιατρών της 3<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας.