



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ
3ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΙΟΡΙΣΜΟ ΙΑΤΡΩΝ
Ε.Σ.Υ.

1. Φωτοαντίγραφο Ανακοίνωσης Διορισμού και βεβαίωση ημερομηνίας παραλαβής του από το ταχυδρομείο
2. Φωτοαντίγραφο πτυχίου (εάν πρόκειται για πανεπιστήμιο εξωτερικού, ξενόγλωσσος τίτλος με επίσημη μετάφραση στην Ελληνική γλώσσα και πράξη αναγνώρισης από το ΔΟΑΤΑΠ, όπου απαιτείται)
3. Φωτοαντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης επαγγέλματος
4. Φωτοαντίγραφο απόφασης τίτλου ειδικότητας
5. Πιστοποιητικό εγγραφής στον ιατρικό σύλλογο του Νομού όπου διορίζεται (στο οποίο μεταξύ άλλων, να αναφέρεται και η ειδικότητα την οποία έχει δηλώσει ότι ασκεί)
6. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 ότι α) δεν ασκεί ελεύθεριο ιδιωτικό επάγγελμα και έχει διακόψει οριστικά την άσκηση ελευθερίου ιδιωτικού επαγγέλματος, β. δεν κατέχει άλλη έμμισθη θέση στο Δημόσιο, Ν.Π.Δ.Δ., Ο.Τ.Α., Δημόσιους Οργανισμούς, γ. δεν είναι Δ/ντης ή ιδιοκτήτης ιδιωτικής κλινικής και δεν συμμετέχει σε εταιρεία με συναφή ιδιότητα, δ. για την επιλογή φορέα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (εφόσον είναι ασφαλισμένος πριν το 1993)
7. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 ότι δεν έχει καταδικασθεί αμετάκλητα για οποιοδήποτε κακούργημα ή για τα πλημμελήματα της κλοπής, υπεξαίρεσης, απάτης, εκβίασης, πλαστογραφίας, ψευδούς ιατρικής πιστοποίησης, ψευδούς κατάθεσης, ψευδούς καταμήνυσης, απιστίας, δωροδοκίας, δωροληψίας, παράβασης καθήκοντος, για οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής, για εγκλήματα που ανάγονται στην προσβολή του δημοκρατικού πολιτεύματος ή δεν έχει καταδικαστεί αμετάκλητα σε ποινή στερητική της ελευθερίας τουλάχιστον ενός (1) έτους για τα πλημμελήματα των νόμων περί ναρκωτικών, περί προστασίας των ζώων συντροφιάς, περί όπλων, περί ενδοοικογενειακής βίας, περί καταπολέμησης του ρατσισμού
8. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
9. Πιστοποιητικό στρατολογίας (για τους άντρες)
10. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας
11. Φωτοτυπία αριθμού Α.Μ.Κ.Α.
12. Φωτοτυπία αριθμού Α.Φ.Μ.
13. Πιστοποιητικό υγείας (μία ιατρική γνωμάτευση **πρωτότυπη** από Παθολόγο ή Γενικό γιατρό και μία ιατρική γνωμάτευση **πρωτότυπη** Ψυχιάτρου από γιατρό Νοσοκομείου, Κέντρου Υγείας ή Μονάδας Υγείας ή ιδιώτη. ΠΡΟΣΟΧΗ : Οι γνωματεύσεις από ιδιώτες ιατρούς πρέπει να είναι θεωρημένες από τον αντίστοιχο ιατρικό σύλλογο του Νομού που ανήκει ο ιδιώτης)

14. Φωτοτυπία βιβλιαρίου τραπέζης (πρώτη σελίδα με αναγραφόμενο τον IBAN του λογαριασμού. ΠΡΟΣΟΧΗ: Στον αριθμό λογαριασμού πρέπει να είναι πρώτο όνομα ο ενδιαφερόμενος)
15. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ΕΤΑΑ (πρώτη σελίδα με τα προσωπικά στοιχεία και τον αριθμό ΕΤΑΑ. (Δεν απαιτείται για τους ιατρούς που εγγράφονται για πρώτη φορά στον ΕΤΑΑ από τη 01/01/2017 και έπειτα)
16. Βεβαίωση ολοκλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου από το Υπουργείο Υγείας (προσοχή, εφόσον υπάρχει και παράταση, να αναφέρεται και αυτή)
17. Βεβαιώσεις προϋπηρεσίας (στο Δημόσιο ή σε ΝΠΔΔ ή ΟΤΑ, π.χ. υπηρεσία υπαίθρου, χρόνος ειδικότητας κλπ. ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι βεβαιώσεις που θα προσκομιστούν πρέπει να περιέχουν ευκρινή στοιχεία έναρξης και λήξης στο σύνολο της υπηρεσίας, είδος εργασίας, καθεστώς απασχόλησης κτλ και να είναι υπογεγραμμένες από την διοικητική υπηρεσία του φορέα)
18. Μεταπτυχιακό ή διδακτορικό(εάν υπάρχει) ήτοι φωτοτυπία του πτυχίου μαζί με φωτοτυπία της πρώτης σελίδας και των περιεχομένων της μεταπτυχιακής ή διδακτορικής διατριβής.

ΛΟΙΠΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

- Οφείλετε να παρουσιαστείτε στα γραφεία της Κεντρικής Διοίκησης της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας (Αριστοτέλους 16, Τ.Κ. 546 23, ανελκυστήρας Β, 5^{ος} όροφος), εντός του προβλεπόμενου χρονικού ορίου που αναφέρεται στην ανακοίνωση διορισμού σας (20 ημερών) από το Υπουργείο Υγείας, ώστε να πραγματοποιηθεί η ορκωμοσία και η ανάληψη υπηρεσίας.
- Παρακαλούμε τουλάχιστον δύο-τρεις ημέρες πριν την προσέλευση σας στην Κεντρική Διοίκηση, να επικοινωνήσετε στο 2313 320545 ώστε να επιβεβαιωθεί η παρουσία σας.
- Επίσης παρακαλούμε την ημέρα που θα παρουσιαστείτε να έχετε μαζί σας όλα τα δικαιολογητικά που απαιτούνται, ώστε να μπορέσει να πραγματοποιηθεί η ορκωμοσία σας ή να αποστείλετε στο email hrmed@3ype.gr προγενέστερα