



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

ΚΡΗΤΗΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ
ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

ΥΠΟΧΡΕΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΧΡΕΟΥ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΜΕ ΑΡ.
ΠΡΩΤ.....

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΤΗΣ 7^{ης} Υ.Π.Ε ΚΡΗΤΗΣ

Η ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΤΙΘΕΤΑΙ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ ΜΕ
ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ : _____
ΟΝΟΜΑ : _____
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ : _____
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ : _____
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : _____ (ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ)
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : _____
ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ _____
Α.Μ.Κ.Α. _____
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : _____
ΟΔΟΣ _____ ΑΡ. _____ ΠΟΛΗ _____
Τ.Κ. _____ ΝΟΜΟΣ _____
E-mail : _____ ΤΗΛΕΦΩΝΟ _____

● ΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ:

ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΠΤΥΧΙΟΥ	ΑΚΕΡΑΙΟΣ ΔΕΚΑΔΙΚΟΣ (ΒΑΘΜΟΣ ΠΤΥΧΙΟΥ)	ΚΑΛΩΣ,ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ,ΑΡΙΣΤΑ (ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ)	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ & ΕΤΟΣ ΚΤΗΣΗΣ
-------------------------	--	--	-----------------------------

• ΕΠΙΔΙΩΚΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ:

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

ΚΩΔΙΚΟΣ

1. _____

2. _____

3. Περιφερειακή Ενότητα _____ Χωρίς κωδικό

***Στην 3^η επιλογή αναγράφεται μόνον μία εκ των Περιφερειακών Ενοτήτων επιλογής του ιατρού χωρίς κωδικό (Λασιθίου- Ηρακλείου-Ρεθύμνου- Χανίων)**

• ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ:

Μήνες

Φορέας (Γ.Ν.– Κ.Υ., Κ.Υ – Π.Ι. κ.ο.κ.)

Ειδικότητα ή Προηγούμενη
Υπηρεσία Υπαίθρου *

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Συνημμένα δικαιολογητικά: (σύμφωνα με τα απαιτούμενα)

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

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.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

Οδηγίες:

- Ο/Η υποψήφιος-α οφείλει, πριν τη συμπλήρωση της αίτησης, να μελετήσει προσεχτικά την αριθμ. **Γ4γ/Γ.Π.οικ.65342/18-12-2024** Υπουργική Απόφαση “Τρόπος, διαδικασία και καθορισμός κριτηρίων κάλυψης κενών και κενούμενων θέσεων υπόχρεων και μη υπόχρεων προσωπικών ιατρών του άρθρου 8 του ν. 5157/2024 (ΦΕΚ Α΄/187) καθώς και 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 την αριθμ. **Γ4γ/Γ.Π.οικ.65342/18-12-2024** Υπουργική Απόφαση
- 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.
- Ο υποψήφιος υποχρεούται να καταθέσει απόφαση βαθμολογικής αντιστοιχίας πτυχίου από τον Δ.Ο.Α.ΤΑ.Π. και θα λαμβάνεται υπόψη ο βαθμός της απόφασης.
- Δεν γίνονται δεκτά από την υπηρεσία εκπρόθεσμα κατατεθειμένα δικαιολογητικά.
- Οι υποψήφιοι 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/η υποψήφιος/α λαμβάνει υπόψη τον κωδικό της θέσης του ιατρού και την ημερομηνία εκκένωσης αυτής (στην περίπτωση που δεν είναι κενή).