



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

Θεσσαλονίκη, 10 Ιουνίου 2026

Αριθμ. πρωτ. : 27472

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ** : ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ  
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ταχ. Διεύθυνση : Ιουστινιανού 1 & Εθν. Αντιστάσεως 11  
Ταχ. Κώδικας : 551 34 Θεσσαλονίκη  
Πληροφορίες : Γ. Καραγιάννης/Π. Καδηγιαννοπούλου  
Τηλέφωνο : 2313 327873-81  
Email : gkadi@4ype.gr

**Π Ρ Ο Σ Κ Λ Η Σ Η**

Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος για την έναρξη συνεργασίας της 4<sup>ης</sup> Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης με τέσσερις (4) ιατρούς, έναν (1) ιατρό ειδικότητας Εσωτερικής Παθολογίας (Παθολογίας), έναν (1) ιατρός ειδικότητας Παιδιατρικής και δύο (2) ιατρούς ειδικότητας Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής (Γενικής Ιατρικής) για τις ανάγκες του **Κέντρου Υγείας ΔΙΚΑΙΩΝ** και του **Κέντρου Υγείας ΟΡΕΣΤΙΑΔΑΣ**, με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Απόδειξης Παροχής Υπηρεσίας

Ο Διοικητής

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

Έχοντας υπόψη :

1. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 41 του **Ν. 4058/2012** (ΦΕΚ 63/τ.Α/22.03.2012) όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
2. Τις διατάξεις του άρθρου 182 του **Ν. 4261/2014** (ΦΕΚ 107/τ.Α/05.05.2014).
3. Τις διατάξεις του άρθρου 34 του **Ν. 4325/2015** (ΦΕΚ 47/τ.Α/11.05.2015).
4. Τις διατάξεις του άρθρου 29 του **Ν. 4419/2016** (ΦΕΚ 174/τ.Α/20.09.2016).
5. Τις διατάξεις του άρθρου 44 του **Ν. 4486/2017** (ΦΕΚ 115/τ.Α/07.08.2017).
6. Τις διατάξεις του άρθρου 47 του **Ν. 4633/2019** (ΦΕΚ 161/τ.Α/16.10.2019), 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 .....*».
7. Τις διατάξεις του άρθρου 5 του **Ν. 5046/2023** (ΦΕΚ 137/τ.Α/29.07.2023).
8. Τις διατάξεις του άρθρου 34 του **Ν. 5161/2024** (ΦΕΚ 196/τ.Α/29.11.2024).
9. Το άρθρο 67 του **Ν. 5243/2025** (ΦΕΚ 187/τ.Α/31.10.2025) «Τροποποίηση της παρ. 1 του άρθρου 41 του Ν. 4058/2012» στο οποίο αναφέρεται ότι «Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου τους ή, ελλείψει αυτού, με απόφαση του Διοικητή ή του νόμιμου αναπληρωτή αυτού, τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία αρμοδιότητας του Υπουργείου Παιδείας, Θρησκευμάτων και Αθλητισμού ... καθώς και οι αποκεντρωμένες μονάδες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας των Δ.Υ.Πε. του άρθρου 6 του ν. 5129/2024 (Α 124), 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., το Ειδικό Κέντρο Υγείας Κρατουμένων Κορυθαλλού, το Ειδικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κρατουμένων, το Κέντρο Απεξάρτησης Τοξικομανών Κρατουμένων Ελαιώνα Θηβών και τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι.) που λειτουργούν εντός των Σωφρονιστικών Καταστημάτων, καθώς και το υπό σύσταση Ψυχιατρική Τμήμα

του Σωφρονιστικού Καταστήματος Γυναικών Ελαιώνα Θηβών της παρ. 4 του άρθρου 13 του Σωφρονιστικού Κώδικα (ν. 2776/1999, Α 291) **με απόφαση του Διοικητή της αρμόδιας Υ.Πε.**, δύνανται για την κάλυψη των αναγκών τους σε προσωπικό και για την προσήκουσα λειτουργία τους, εφόσον δεν επαρκεί το προσωπικό τους, να συνεργάζονται με επαγγελματίες των κλάδων ΠΕ Ιατρών όλων των ειδικοτήτων ... με καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους. **Η συνεργασία με τους ανωτέρω πραγματοποιείται κατά παρέκκλιση του άρθρου 6 του ν. 2527/1997 (α 206), καθώς και της περ. α της παρ. 20 του ένατου άρθρου του ν. 4057/2012 (Α 54), μετά από πλήρως αιτιολογημένη έκθεση του φορέα και απόφαση του Υπουργείου Υγείας ή του Υπουργού Παιδείας, Θρησκευμάτων και Αθλητισμού ή του Υπουργού Εθνικής Άμυνας, αντίστοιχα.**

10. Τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας Ν. 3418/2005 (ΦΕΚ 287/τ.Α/28.11.2005), όπως ισχύει σήμερα.
11. Τις σοβαρές ελλείψεις σε ιατρικό προσωπικό και ειδικότερα σε ιατρούς ειδικοτήτων Εσωτερικής Παθολογίας (Παθολογίας), Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής (Γενικής Ιατρικής) και Παιδιατρικής στο Κ.Υ. Δικαίων.
12. Τις σοβαρές ελλείψεις σε ιατρικό προσωπικό και ειδικότερα σε ιατρούς ειδικοτήτων Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής (Γενικής Ιατρικής) και Παιδιατρικής στο Κ.Υ. Ορεστιάδας.
13. Την αριθμ. πρωτ. Γ4β/22734/02.06.2026 Εγκριτική Απόφαση του Υπουργείου Υγείας.
14. Τις ανάγκες για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του Κέντρου Υγείας Δικαίων και του Κέντρου Υγείας Ορεστιάδας, αρμοδιότητας της 4<sup>ης</sup> Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης.

### Π ρ ο σ κ α λ ε ί

Η Διοίκηση της 4<sup>ης</sup> Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης προκειμένου να καλύψει ανάγκες σε ιατρικό προσωπικό για την προσήκουσα λειτουργία του Κέντρου Υγείας Δικαίων και του Κέντρου Υγείας Ορεστιάδας, αρμοδιότητάς της, προτίθεται να συνεργαστεί:

1. με έναν (1) συνεργάτη ιατρό, ειδικότητας Εσωτερικής Παθολογίας (Παθολογίας)
2. με έναν (1) συνεργάτη ιατρό, ειδικότητας Παιδιατρικής
3. με δύο (2) συνεργάτες ιατρούς, ειδικότητας Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής (Γενικής Ιατρικής)

**με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών** για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους.

#### Ειδικότερα:

- για την ειδικότητα του ιατρού **Εσωτερικής Παθολογίας (Παθολογίας)** για το Κέντρο Υγείας Δικαίων:
 

Η συνεργασία αφορά στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών κατά αναλογία του ωραρίου των ιατρών Ε.Σ.Υ. για πενθήμερη εργασία ανά βδομάδα, εντός του ωραρίου λειτουργίας του Κέντρου Υγείας και για ένταξη στο πρόγραμμα εφημεριών, σύμφωνα με το μηνιαίο πρόγραμμα (συγκεκριμένα για έξι (6) ενεργείς εφημερίες καθημερινές και για δύο (2) ενεργείς εφημερίες Σάββατο-Κυριακή), με μηνιαία μικτή αμοιβή 3.759,24 €
- για την ειδικότητα του ιατρού **Παιδιατρικής** για τα Κέντρο Υγείας Δικαίων / Κέντρο Υγείας Ορεστιάδας:
 

Η συνεργασία αφορά στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών κατά αναλογία του ωραρίου των ιατρών Ε.Σ.Υ. για πενθήμερη εργασία ανά βδομάδα, εντός του ωραρίου λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και συγκεκριμένα για τετραήμερα εργασία/εβδομάδα στο Κέντρο Υγείας Δικαίων και για ένταξη στο πρόγραμμα εφημεριών για έως οκτώ (8) ενεργείς εφημερίες καθημερινές, σύμφωνα με το μηνιαίο πρόγραμμα, καθώς και για ένα (1) πρωινό/εβδομάδα στο Κ.Υ. Ορεστιάδας, με μηνιαία μικτή αμοιβή 3.584,72 €

- για την ειδικότητα του ιατρού **Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής (Γενικής Ιατρικής)** για το Κέντρο Υγείας Δικαίων:  
 Η συνεργασία αφορά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών κατά αναλογία του ωραρίου των ιατρών Ε.Σ.Υ. για οκτώ (8) ημέρες/μήνα, εντός του ωραρίου λειτουργίας του Κέντρου Υγείας Ορεστιάδας και για ένταξη στο πρόγραμμα εφημεριών για έως τέσσερις (4) ενεργείς εφημερίες καθημερινές, σύμφωνα με το μηνιαίο πρόγραμμα, με μηνιαία μικτή αμοιβή 1.694,36 €
- για την ειδικότητα του ιατρού **Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής (Γενικής Ιατρικής)** για τα Κέντρα Υγείας Ορεστιάδας / Κέντρο Υγείας Δικαίων:  
 Η συνεργασία αφορά στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών κατά αναλογία του ωραρίου των ιατρών Ε.Σ.Υ. για πενθήμερη εργασία ανά βδομάδα, εντός του ωραρίου λειτουργίας του Κέντρου Υγείας Ορεστιάδας και για ένταξη στο πρόγραμμα εφημεριών για τέσσερις (4) ενεργείς εφημερίες καθημερινές, σύμφωνα με το μηνιαίο πρόγραμμα, καθώς και για ένταξη στο πρόγραμμα εφημεριών του Κ.Υ. Δικαίων για έως δύο (2) ενεργείς εφημερίες καθημερινές, με μηνιαία μικτή αμοιβή 3.401,56 €

### **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 στέρση, 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 για το Ιατρικό Προσωπικό**

1. Πτυχίο Ιατρικής. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται πτυχίο, επίσημη μετάφραση και ισοτιμία ΔΟΑΤΑΠ, όπου απαιτείται.
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.

**ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΣΥΝΕΚΤΙΜΩΜΕΝΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ για το Ιατρικό Προσωπικό**

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

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) Λοιπά δικαιολογητικά από τα οποία προκύπτουν τα προσόντα, οι προϋπηρεσίες ή οι ιδιότητες που επικαλούνται στην αίτησή τους.
- 7) Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα.

**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 υποβάλλονται αυτοπροσώπως ή με άλλο εξουσιοδοτημένο πρόσωπο ή αποστέλλονται ταχυδρομικά με απόδειξη, 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)**  
 με την ένδειξη

**«Για την Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος για την έναρξη συνεργασίας Ιατρών για το Κέντρο Υγείας Δικαίων και για το Κέντρο Υγεία Ορεστιάδας με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών»**

Η χρονική περίοδος υποβολής των αιτήσεων ορίζεται από **11.06.2026** έως και **18.06.2026**. 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 στα εν θέματι Κέντρα Υγείας, προκειμένου να τα παραλάβουν ιδιοχείρως.

#### **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:**

Εάν δεν υποβληθούν τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, η αίτηση των ενδιαφερομένων 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 των υποψηφίων πραγματοποιείται από τη Διοίκηση της 4ης Υ.Πε. Ο πίνακας κατάταξης των υποψηφίων αναρτάται στον πίνακα ανακοινώσεων της Κεντρικής Υπηρεσίας και των Κέντρων Υγείας, καθώς και στο διαδικτυακό τόπο της 4ης Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης. Ακολουθως καλούνται με συστημένη επιστολή από τον Διοικητή της 4ης Υ.Πε. οι υποψήφιοι για υπογραφή σύμβασης και ανάληψη υπηρεσίας.

#### **ΛΥΣΗ ΣΥΜΒΑΣΗΣ**

Ο Διοικητής της 4<sup>ης</sup> 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 Ια</b>	
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ</b>	
	<p><b>ΠΡΟΣ</b>  <b>4<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ</b>  <b>ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ</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. ....          Πρόσκληση της 4<sup>ης</sup> Δ.Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης ως <b>ΙΑΤΡΟΣ</b> - 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><b>ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ (ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ)</b></p> <p>για το Κέντρο Υγείας ΔΙΚΑΙΩΝ</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"/>          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)	
	<p>Ημερομηνία          .....          Ο Αιτών/ Η Αιτούσα</p>

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ιβ</b>	
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ</b>	
	<p><b>ΠΡΟΣ</b>  <b>4<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ</b>  <b>ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ</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. ....          Πρόσκληση της 4<sup>ης</sup> Δ.Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης ως <b>ΙΑΤΡΟΣ</b> - 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><b>ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ</b></p> <p>για το Κέντρο Υγείας ΔΙΚΑΙΩΝ και για το Κέντρο Υγείας ΟΡΕΣΤΙΑΔΑΣ</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"/>          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)	
	<p>Ημερομηνία          .....          Ο Αιτών/ Η Αιτούσα</p>

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ιγ</b>	
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ</b>	
	<p><b>ΠΡΟΣ</b>  <b>4<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ</b>  <b>ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ</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 <b>ΙΑΤΡΟΣ</b> - 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><b>ΓΕΝΙΚΗΣ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ)</b></p> <p>για το Κέντρο Υγείας ΟΡΕΣΤΙΑΔΑΣ</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)	
	<p>Ημερομηνία          .....          Ο Αιτών/ Η Αιτούσα</p>

<b>ΑΡΑΡΤΗΜΑ Ιδ</b>	
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ</b>	
	<p><b>ΠΡΟΣ</b>  <b>4<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ</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. .... Πρόσκληση της 4<sup>ης</sup> Δ.Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης ως <b>ΙΑΤΡΟΣ</b> - 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><b>ΓΕΝΙΚΗΣ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ)</b>            για το Κέντρο Υγείας ΟΡΕΣΤΙΑΔΑΣ και για το Κέντρο Υγείας ΔΙΚΑΙΩΝ</p> <p><b>Σας υποβάλλω συνημμένα τα ακόλουθα δικαιολογητικά:</b>            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"/>            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 ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ Δ.Α.Π.Υ.</b>	
ΣΥΝΝΗΜΜΕΝΑ: ..... Δικαιολογητικά	
(Συμπληρώνεται ο αριθμός των δικαιολογητικών που υποβάλλονται)	
	Ημερομηνία ..... Ο Αιτών/ Η Αιτούσα