



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ  
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
Ταχ. Δ/νση: Π.Π. Γερμανού 98  
ΤΚ 26225, Πάτρα  
Τηλ: 2613 620750-751-752,761,714  
Email: [ddy@pde.gov.gr](mailto:ddy@pde.gov.gr)

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ

### ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Κατά την ψηφιακή υποβολή των αιτήσεων και των υπεύθυνων δηλώσεων μέσω της ηλεκτρονικής εφαρμογής **δεν απαιτείται υπογραφή του αιτούντος** καθώς χρησιμοποιείται το σύστημα ταυτοποίησης μέσω taxisnet.

Με την είσοδο στην ηλεκτρονική εφαρμογή και μετά την επιβεβαίωση του email του, ο χρήστης οδηγείται σε οθόνη με τα στοιχεία του λογαριασμού του. Κατόπιν μπορεί μέσα από το πεδίο «**οι αιτήσεις μου**» να επιλέξει «**νέα αίτηση**» και να προχωρήσει σε μια εκ των τριών διαθέσιμων αιτήσεων (Αίτηση καταχώρησης ιατρικής ειδικότητας / Αίτηση διαγραφής ιατρικής ειδικότητας / Αίτηση συμπληρωματικών δικαιολογητικών).

Η υποβολή αιτήσεων μέσω του συστήματος ταυτοποίησης taxisnet αφορά **μόνο** τις **οργανικές θέσεις** ειδίκευσης στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας (Αχαΐα – Ηλεία - Αιτωλ/νία).

Για τοποθέτηση ιατρών προς ειδίκευση σε **θέσεις υπεράριθμων για λόγους υγείας**, οι ενδιαφερόμενοι υποβάλλουν **κατ' εξαίρεση** αίτηση συνοδευόμενη από τα νόμιμα δικαιολογητικά, όπως προβλέπεται από την υπ' αριθμ. Α2δ/Γ.Π.οικ.2969/14-01-2016 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 144/Β'/29-01-2016), στην Υπηρεσία μας (είτε δια ζώσης στη δ/νση Π.Π. Γερμανού 98, Πάτρα, ισόγειο γραφείο 1, είτε ταχυδρομικά στην ίδια δ/νση, είτε στην ηλεκτρονική δ/νση: [ddy@pde.gov.gr](mailto:ddy@pde.gov.gr)). Η αίτηση και η υπεύθυνη δήλωση να υποβάλλονται **και** σε πρωτότυπη μορφή εντός μιας εβδομάδας από την υποβολή της αίτησης (είτε ταχυδρομικώς είτε δια ζώσης).

Για τοποθέτηση ιατρών προς ειδίκευση σε προσωποπαγείς θέσεις **υπεράριθμων αθλητών πτυχιούχων ιατρικής σχολής**, οι ενδιαφερόμενοι υποβάλλουν **κατ' εξαίρεση** αίτηση συνοδευόμενη από τα νόμιμα δικαιολογητικά, όπως προβλέπεται από το άρθρο 5 παρ. δ της υπ' αριθμ. Α2δ/Γ.Π.οικ.9106/05-02-2016 Υπουργικής Απόφασης (ΦΕΚ 314/τ.Β'/15-02-2016) και την σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας με ΑΔΑ: Β1Φ1Θ-2ΔΕ, στην Υπηρεσία μας (είτε δια ζώσης στη δ/νση Π.Π. Γερμανού 98, Πάτρα, ισόγειο γραφείο 1, είτε ταχυδρομικά στην ίδια δ/νση, είτε στην ηλεκτρονική δ/νση: [ddy@pde.gov.gr](mailto:ddy@pde.gov.gr)). Η αίτηση και η υπεύθυνη

δήλωση να υποβάλλονται **και** σε πρωτότυπη μορφή εντός μιας εβδομάδας από την υποβολή της αίτησης (είτε ταχυδρομικώς είτε δια ζώσης).

Ιατροί μόνιμοι κάτοικοι εξωτερικού ή αλλοδαποί ιατροί **που δεν έχουν ΑΦΜ** και συνεπώς δεν μπορούν να λάβουν κωδικούς taxisnet, **ή δεν έχουν ΑΜΚΑ**, μπορούν να υποβάλλουν **κατ' εξαίρεση** τις αιτήσεις για ειδικότητα με τα δικαιολογητικά τους (είτε δια ζώσης στη δ/ση Π.Π. Γερμανού 98, Πάτρα, ισόγειο γραφείο 1, είτε ταχυδρομικά στην ίδια δ/ση, είτε στην ηλεκτρονική δ/ση: [ddy@pde.gov.gr](mailto:ddy@pde.gov.gr)). Η αίτηση και η υπεύθυνη δήλωση να υποβάλλονται **και** σε πρωτότυπη μορφή εντός μιας εβδομάδας από την υποβολή της αίτησης (είτε ταχυδρομικώς είτε δια ζώσης). Για διαγραφή από ειδικότητα οι ενδιαφερόμενοι υποβάλλουν υπεύθυνη δήλωση (θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής) στην οποία δηλώνουν την ειδικότητα και το νοσοκομείο από το οποίο επιθυμούν τη διαγραφή τους και την υποβάλλουν στην Υπηρεσία μας με έναν από τους παραπάνω τρόπους που αφορούν τις εξαιρέσεις (δια ζώσης/ ταχυδρομικά/email).

Η Υπουργική Απόφαση διορισμού στην ειδικότητα έχει ισχύ από την δημοσίευσή της στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ. **Μετά την έκδοσή της**, οποιοδήποτε αίτημα ή ερώτημα που αφορά την ανάληψη υπηρεσίας στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα θα υποβάλλεται αποκλειστικά στο **Υπουργείο Υγείας- Δ/ση Ανθρώπινου Δυναμικού Νομικών Προσώπων – Τμήμα Ειδικευόμενων Ιατρών**, Αριστοτέλους 17, Αθήνα (email: [prosop\\_np\\_d@moh.gov.gr](mailto:prosop_np_d@moh.gov.gr)/ τηλ: 213 216 1022, 1508, 1019, 1020, 1023, 1105, 1259).

**Ο καθορισμός της διαδικασίας τοποθέτησης** ιατρών στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα για απόκτηση ειδικότητας περιγράφεται αναλυτικά στην σχετική νομοθεσία: υπ' αριθμ. Α2δ/Γ.Π.οικ.9106/05-02-2016 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 314/τ.Β'/15-02-2016) όπως τροποποιήθηκε-συμπληρώθηκε με την Γ4δ Γ.Π.οικ.67042/06-09-2018 (ΦΕΚ 4083/τ.Β'/17-09-2018) και την υπ' αριθμ. Γ4δ/Γ.Π.οικ.3630/21-01-2020 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 196/τ.Β'/31-01-2020).

Σας εφιστούμε την προσοχή στο πεδίο της αίτησης καταχώρησης ιατρικής ειδικότητας, όταν επιλέγετε **έναρξη ή συνέχιση** της ιατρικής ειδικότητας, η επιλογή αυτή αφορά την έναρξη ειδικότητας στο νοσηλευτικό ίδρυμα, εκτός από την περίπτωση που έχετε ολοκληρώσει ένα μέρος της ίδιας ειδικότητας σε άλλο νοσηλευτικό ίδρυμα οπότε **μόνο** σε αυτήν την περίπτωση επιλέγετε συνέχιση.

## **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ**

Σε περίπτωση υποβολής αίτησης με **ελλιπή ή εσφαλμένα δικαιολογητικά**, βάσει της ισχύουσας νομοθεσίας, οι αιτήσεις δεν θα λαμβάνονται υπόψη από την Υπηρεσία μας, με ταυτόχρονη ενημέρωση του αιτούντα (τηλεφωνική ή ηλεκτρονική) και η αίτηση θα πρέπει να επανυποβάλλεται. Η νέα αίτηση θα λαμβάνει νέο αριθμό πρωτοκόλλου.

Η **αίτηση υποβολής συμπληρωματικών δικαιολογητικών** αφορά τις περιπτώσεις που οι ενδιαφερόμενοι έχουν ήδη καταθέσει αίτηση ιατρικής ειδικότητας και εκκρεμεί η προσκόμιση δικαιολογητικών για την ολοκλήρωση του φακέλου τους, όπως ενδεικτικά:

- Πτυχίο
- Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος

- Πιστοποιητικό ευδόκιμης άσκησης στην εσωτερική παθολογία/χειρουργική (για την ολοκλήρωση του προκαταρκτικού σταδίου ειδίκευσης)
- Βεβαίωση εκπλήρωσης στρατιωτικών υποχρεώσεων
- Βεβαίωση εκπλήρωσης υποχρεωτικής υπηρεσίας υπαίθρου
- Απόφαση αναγνώρισης ειδικότητας από ΚΕΣΥ

Η **διαγραφή από σειρά προτεραιότητας ιατρικής ειδικότητας νοσηλευτικού ιδρύματος άλλης Περιφέρειας** απαιτείται μόνο αν το χρονικό διάστημα άσκησης για την ίδια ειδικότητα είναι του ίδιου είδους δηλ. μερική - μερική ή πλήρη-πλήρη. Συνεπώς αν ο ενδιαφερόμενος έχει υποβάλει αίτηση για μερική ειδίκευση σε ένα Νοσηλευτικό Ίδρυμα μπορεί ταυτόχρονα να υποβάλλει αίτηση για την ίδια ειδικότητα σε άλλο Νοσηλευτικό Ίδρυμα της χώρας που δίνει πλήρη ειδικότητα (εκτός Εσωτερικής Παθολογίας και Χειρουργικής).

Επιτρέπεται, ειδικά για την Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, η **υποβολή ταυτόχρονα δύο αιτήσεων για την απόκτηση της ιατρικής ειδικότητας της Εσωτερικής Παθολογίας ή της Χειρουργικής**, και **μόνο** για το **Γ.Ν. Ηλείας**, το οποίο παρέχει μερική άσκηση (με την υποχρέωση οι ενδιαφερόμενοι ιατροί να παραμείνουν στο αναφερόμενο νοσοκομείο μέχρι τη λήξη της σύμβασής τους, εκτός αν κατά τη διάρκεια της άσκησής τους κενωθεί θέση για την αντίστοιχη ειδικότητα σε νοσοκομείο που παρέχει πλήρη άσκηση).

Ο ειδικευόμενος ιατρός θεωρείται ότι κατέχει **έμμισθη θέση** όταν έχει υπογράψει σύμβαση εργασίας με το Νοσηλευτικό Ίδρυμα (σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση διορισμού του) ή το Κέντρο Υγείας (Υπηρεσία Υπαίθρου) που υπηρετεί (δεν αρκεί η δημοσίευση της Υπουργικής Απόφασης τοποθέτησης στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ).

## ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

**Αποδεικτικό έγγραφο ταυτοποίησης**

**Α. Για Έλληνες πολίτες :** Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου

ή

**Β. Για υπηκόους κρατών -μελών της Ε.Ε., ή υπηκόους τρίτων χωρών:**

Βεβαίωση Εγγραφής Πολίτη Κράτους-Μέλους της Ε.Ε. (άρθρο 42 του Ν.4071/2012, ΦΕΚ 85 Α') ή πιστοποιητικό μόνιμης διαμονής κοινοτικού υπηκόου (κάρτα Ευρωπαίου πολίτη, άρθρο 42 του Ν. 4071/2012, ΦΕΚ 85/Α'), ή δελτίο ταυτότητας ομογενούς, ή άδεια διαμονής ομογενούς (άρθρο 81 του Ν.4251/2014, ΦΕΚ 80 Α'), ή δελτίο διαμονής μέλους οικογένειας Έλληνα, ή δελτίο μόνιμης διαμονής, ή προσωποπαγή άδεια διαμονής υπηκόων τρίτων χωρών (άρθρα 82, 83, 84, 85 και 87 του Ν. 4251/2014), ή άδεια επί μακρόν διαμένοντος υπηκόου τρίτης χώρας (άρθρα 88, 97 και 106 του Ν. 4251/2014), ή άδεια διαμονής δεύτερης γενιάς (άρθρο 108 του Ν. 4251/2014), ή κατοχή μπλε κάρτας της Ε.Ε. (άρθρα 114 και 120 του Ν. 4251/2014), ή δεκαετή άδεια παραμονής (άρθρο 138 του Ν. 4251/2014) ή άδεια διαμονής υπηκόου τρίτης χώρας σύμφωνα με το άρθρο 47 του Ν.4251/2014 (στα πλαίσια του προγράμματος D.A.C.).

**2)Φωτοαντίγραφο πτυχίου** Ιατρικής Σχολής Ελληνικού Πανεπιστημίου ή βεβαίωσης από τη γραμματεία του Πανεπιστημίου από την οποία να προκύπτει ότι ο ενδιαφερόμενος έχει καταστεί πτυχιούχος, ή φωτοαντίγραφο πτυχίου πανεπιστημίου κράτους-μέλους της

Ευρωπαϊκής Ένωσης (επικυρωμένο από δικηγόρο) και της επικύρωσής του (σφραγίδα της Χάγης - APOSTILLE), το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της επίσημης μετάφρασης.

Για τις περιπτώσεις πτυχίων από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, απαιτείται φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου (επικυρωμένο από δικηγόρο), το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της επίσημης μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ.

5) **Φωτοαντίγραφο άδειας ή βεβαίωσης άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος** στην Ελλάδα.

6) **Βεβαίωση εκπλήρωσης της υποχρεωτικής υπηρεσίας υπαίθρου** ή πιστοποιητικό περί του χρόνου υπηρεσίας υπαίθρου από τις υπηρεσίες στις οποίες πραγματοποιήθηκε (εφόσον ο ιατρός έχει ήδη πραγματοποιήσει την υπηρεσία υπαίθρου).

7) Οι υπήκοοι κρατών-μελών της Ε.Ε. ή οι υπήκοοι τρίτων χωρών που έχουν τα δικαιώματα των κοινοτικών υπηκόων πρέπει να υποβάλλουν **πιστοποιητικό ελληνομάθειας** επιπέδου Β2 από το Διδασκαλείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών ή από το Σχολείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Το ανωτέρω πιστοποιητικό δεν απαιτείται για όσους είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα, ή απόφοιτοι Ελληνικού Πανεπιστημίου, ή διαθέτουν απόφαση ισοτιμίας και αντιστοιχίας του πτυχίου τους από τον ΔΟΑΤΑΠ (ΔΙΚΑΤΣΑ) μετά από εξετάσεις.

8) Εφόσον η αίτηση αφορά τοποθέτηση στην κύρια ειδικότητα (ειδικό μέρος), ο ενδιαφερόμενος θα πρέπει να συμπληρώσει τον **αριθμό πρωτοκόλλου και την ημερομηνία της Υπουργικής απόφασης τοποθέτησής του στο προκαταρκτικό στάδιο** (γενικό μέρος) ή να προσκομίσει βεβαίωση ανάληψης υπηρεσίας σε άγονο αγροτικό ιατρείο.

9) Εφόσον η αίτηση αφορά τοποθέτηση στην κύρια ειδικότητα (ειδικό μέρος), απαιτείται το **πιστοποιητικό ευδόκιμης άσκησης** που χορηγεί το νοσηλευτικό ίδρυμα στο οποίο θα αναφέρεται η χρονική διάρκεια της προϋπηρεσίας του ενδιαφερόμενου στο προκαταρκτικό στάδιο-γενικό μέρος (με συνημμένο πίνακα χειρουργείων αν πρόκειται για χειρουργική ειδικότητα). Το πιστοποιητικό αυτό πρέπει να έχει **την υπογραφή του Δ/ντη της Κλινικής, του Δ/ντη Ιατρικής Υπηρεσίας και του Διοικητικού Δ/ντη ή του Προϊστάμενου Γραμματείας** (για το γνήσιο των υπογραφών). Σε περίπτωση ανακοίνωσης νέας κενής θέσης στην ιστοσελίδα της Περιφέρειας το πιστοποιητικό πρέπει να υποβάλλεται εντός πέντε (5) εργασίμων ημερών από την ημερομηνία της ανακοίνωσης. Για την έκδοση του πιστοποιητικού οι ενδιαφερόμενοι θα απευθύνονται στο γραφείο προσωπικού του εκάστοτε Νοσηλευτικού Ιδρύματος.

10) Σε περίπτωση διαγραφής από σειρά προτεραιότητας ιατρικής ειδικότητας σε άλλο Νοσηλευτικό Ίδρυμα της χώρας (που τηρείται σε **άλλη Περιφέρεια**), απαιτείται η προσκόμιση του **αρ. πρωτ. της αίτησης διαγραφής** (εφόσον οι αιτήσεις αφορούν και οι δύο είτε μερική είτε πλήρη άσκηση).