



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν. 1599/86)

ΠΡΟΣ: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ  
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

(Π.Π. Γερμανού 98, Πάτρα, ΤΚ 26225, ισόγειο, E-mail: ddy@pde.gov.gr)

Ο-Η Όνομα \_\_\_\_\_ Επώνυμο \_\_\_\_\_  
Όνομα & επώνυμο πατέρα \_\_\_\_\_  
Όνομα & επώνυμο μητέρας \_\_\_\_\_  
Ημερομηνία γέννησης \_\_\_\_\_  
Αριθμός δελτίου ταυτότητας \_\_\_\_\_ Χρον. έκδοσης \_\_\_\_\_  
Τόπος κατοικίας \_\_\_\_\_ Οδός & αριθμός \_\_\_\_\_  
Τ.Κ. \_\_\_\_\_ Τηλέφωνο \_\_\_\_\_ Κινητό \_\_\_\_\_

**Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/86, δηλώνω ότι: (κυκλώστε αναλόγως)**

1. α) Δεν κατέχω καμία έμμισθη θέση.  
β) Κατέχω θέση αγροτικού ιατρού και θα παραιτηθώ όταν τοποθετηθώ για ειδίκευση.  
γ) Κατέχω θέση άγονου αγροτικού στο \_\_\_\_\_. Ανέλαβα υπηρεσία την \_\_\_\_\_ και περατώνω την \_\_\_\_\_.  
δ) Κατέχω έμμισθη θέση ειδικευόμενου.
2. α) Έχω ασκηθεί για την ειδικότητα της \_\_\_\_\_ στο Νοσοκομείο \_\_\_\_\_ για \_\_\_\_\_ χρόνια και \_\_\_\_\_ μήνες.  
β) Δεν έχω ασκηθεί για καμία ειδικότητα.
3. α) Έχω υποβάλει αίτηση για την ειδικότητα της \_\_\_\_\_ στο Νοσοκομείο \_\_\_\_\_ για \_\_\_\_\_ χρόνια και \_\_\_\_\_ μήνες.  
β) Δεν έχω υποβάλει άλλη αίτηση για την ειδικότητα που δηλώνω σήμερα.

4. Κατέχω έμμισθη θέση (ή θα τοποθετηθώ) με την υπ' αριθμ. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης  
σε θέση έμμισθου ειδικευόμενου στην ειδικότητα \_\_\_\_\_  
και στο Νοσοκομείο \_\_\_\_\_ και τελειώνω την  
προκαταρκτική μου άσκηση την \_\_\_\_\_, οπότε και υποχρεούμαι να  
προσκομίσω το πιστοποιητικό ευδόκιμης άσκησης που χορηγεί η Επιστημονική  
Επιτροπή του Νοσοκομείου, προκειμένου, εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις  
διορισμού, να τοποθετηθώ για ειδίκευση στην \_\_\_\_\_.

5. Υποχρεούμαι να υποβάλω υπεύθυνη δήλωση όπου θα αναγράφεται ο χρόνος  
περάτωσης της ειδικότητας της \_\_\_\_\_, όταν διοριστώ στο  
Νοσοκομείο \_\_\_\_\_. Μετά την περάτωσή της  
υποχρεούμαι να προσκομίσω πιστοποιητικό ευδόκιμης άσκησης το οποίο χορηγεί η  
Επιστημονική Επιτροπή του Νοσοκομείου, προκειμένου, εφόσον συντρέχουν οι  
προϋποθέσεις διορισμού, να τοποθετηθώ για ειδίκευση στην \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

6. Λαμβάνω γνώση ότι, για ειδικότητες που αποτελούνται από περισσότερα του ενός  
σταδίων ειδίκευσης, υποχρεούμαι να προσκομίσω πιστοποιητικά ειδίκευσης για όλα  
τα προηγούμενα στάδια, ώστε να προκύψουν οι προϋποθέσεις διορισμού μου στο  
επόμενο στάδιο. (Σημειώνεται ότι μαζί με το πιστοποιητικό ευδόκιμης άσκησης στις  
χειρουργικές ειδικότητες απαιτείται να υποβάλλεται και πίνακας με τα χειρουργεία  
στα οποία συμμετείχε ο ιατρός).

7. Δεν έχω συμπληρώσει χρόνο άσκησης για την απόκτηση του τίτλου καμίας ιατρικής  
ειδικότητας.

8. α) Είμαι Έλληνας/Ελληνίδα πολίτης.

β) Είμαι πολίτης κράτους-μέλους της Ε.Ε. ή κάτοχος άδειας διαμονής κοινοτικού  
υπηκόου.

γ) Είμαι ομογενής, κάτοχος Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς ή άδειας διαμονής  
ομογενούς.

δ) Είμαι πολίτης τρίτης χώρας, μέλος οικογένειας Έλληνα πολίτη ή πολίτη κράτους-  
μέλους της Ε.Ε.

ε) Είμαι κάτοχος δελτίου μόνιμης διαμονής υπηκόων τρίτων χωρών ή  
προσωποπαγούς άδεια διαμονής υπηκόων τρίτων χωρών.

στ) Είμαι κάτοχος άδειας επί μακρόν διαμένοντος υπηκόου τρίτης χώρας ή άδειας  
διαμονής δεύτερης γενιάς.

ζ) Είμαι κάτοχος μπλε κάρτας της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ημερομηνία \_\_\_\_\_

Ο/Η Δηλ \_\_\_\_\_

(υπογραφή και ονοματεπώνυμο)