



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

Ταχυδρομική Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου-Μοιρών,

Εσταυρωμένος

Τ.Κ. 71500, Ηράκλειο Κρήτης, Τ.Θ. 1285

Πληροφορίες: **Ειρ. Καλογερίδη**

Τηλέφωνο: 28134044432

Ηλεκτρονική Δ/ση (e-mail): dynamiko@hc-crete.gr

Ηράκλειο:

Αρ. πρωτ.:

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΠΙΛΟΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΞΙ (6) ΜΗΝΩΝ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ
ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ 7^{ΗΣ} Υ.ΠΕ ΚΡΗΤΗΣ
(κατ' εφαρμογή των διατάξεων του Ν.4999/2022).**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 3 του **Ν.4999/2022** (ΦΕΚ 225/Α'/7-12-2022) «Δευτεροβάθμια περίθαλψη, ιατρική εκπαίδευση, μισθολογικές ρυθμίσεις για τούς ιατρούς και οδοντιάτρους του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας»
2. Την με αρ. πρωτ.: **Γ5α/Γ.Π.οικ.11606/22-2-2023** Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 1153/τ.Β'/1-3-2-23) «Πιλοτικό Πρόγραμμα Προκαταρκτικής Άσκησης»
3. Την με αρ. πρωτ.: **Γ4γ,δ/Γ.Π.οικ.11650/2023** Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 1195/Β'/6-3-2023) «Καθορισμός της διαδικασίας υλοποίησης του πιλοτικού προγράμματος προκαταρκτικής κλινικής άσκησης έξι (6) μηνών στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα».
4. Την με αρ. πρωτ.: **Γ5α/Γ.Π.56469/24/4-2-2025** Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 660/τ.Β'/18-2-2025) «Παράταση του Πιλοτικού Προγράμματος Προκαταρκτικής Κλινικής Άσκησης».

ΚΑΛΟΥΜΕ

Πτυχιούχους Ιατρικής των Πανεπιστημίων της ημεδαπής ή της αλλοδαπής με ημερομηνία κτήσης τίτλου σπουδών από την 01.01.2022, για την υποβολή αιτήσεων στο πιλοτικό πρόγραμμα προκαταρκτικής κλινικής άσκησης έξι (6) μηνών, προκειμένου να τοποθετηθούν σε κλινικές του παθολογικού ή χειρουργικού τομέα, καθώς και σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών Νοσοκομείων της 7ης Υ.ΠΕ Κρήτης

Τα Νοσοκομεία που επιλέχθηκαν και εμπίπτουν στην αρμοδιότητα της 7ης Υ.ΠΕ Κρήτης είναι τα κάτωθι:

	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΘΕΣΕΙΣ
7^η Υ.ΠΕ ΚΡΗΤΗΣ	Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου	5
	Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ»	5

Ο αριθμός των συμμετεχόντων ιατρών στο Πρόγραμμα αντιστοιχεί στις θέσεις ανά Νοσοκομείο που προβλέπονται στον πίνακα.

Δικαίωμα Συμμετοχής στο πιλοτικό πρόγραμμα προκαταρκτικής κλινικής άσκησης:

- α) Ιατροί που έχουν αποφοιτήσει από ιατρικές σχολές των πανεπιστημίων της ημεδαπής ή της αλλοδαπής από την 01.01.2022 και εφεξής
- β) Δεν έχουν τοποθετηθεί για εκπαίδευση σε κανένα στάδιο της ειδικότητας
- γ) Δεν έχουν επιλεγεί από προκήρυξη ή πρόσκληση για την εκπλήρωση της υπηρεσίας υπαίθρου, ούτε την έχουν εκπληρώσει.
- δ) Δεν έχουν πάρει νόμιμη απαλλαγή από την υποχρέωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου.

I. Υποβολή αίτησης & Απαιτούμενα Δικαιολογητικά

Οι ενδιαφερόμενοι έχουν δικαίωμα υποβολής αίτησης σε μια (1) μόνο Δ.Υ.Π.Ε. και για ένα (1) νοσοκομείο από αυτά που περιλαμβάνονται στην πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος.

Τα απαιτούμενα δικαιολογητικά που θα επισυναφθούν μαζί με την αίτηση είναι τα κάτωθι:

A. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου

B. Βεβαίωση εγγραφής πολίτη κράτους-μέλους της Ε.Ε (άρθρο 42 του ν. 4071/2012 Α' 85), ή πιστοποιητικό μόνιμης διαμονής κοινοτικού υπηκόου (κάρτα Ευρωπαίου πολίτη, άρθρο 42 του ν. 4071/2012 Α' 85), ή δελτίο ταυτότητας ομογενούς, ή άδεια διαμονής ομογενούς (άρθρο 81 του ν. 4251/2014 Α' 80), ή δελτίο διαμονής μέλους οικογένειας Έλληνα/Ελληνίδας, ή πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από το οποίο να προκύπτει η σύναψη συμφώνου συμβίωσης με Έλληνα/Ελληνίδα, 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).

Γ. Φωτοαντίγραφο πτυχίου Ιατρικής Σχολής Ελληνικού Πανεπιστημίου ή βεβαίωσης από τη γραμματεία του Πανεπιστημίου από την οποία να προκύπτει ότι ο ενδιαφερόμενος έχει καταστεί πτυχιούχος από την 1η.1.2022 και εφεξής, ή φωτοαντίγραφο πτυχίου Πανεπιστημίου κράτους - μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της επικύρωσής του (σφραγίδα της Χάγης), το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της επίσημης μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ όπου αυτό απαιτείται, από την 1η.1.2022 και εφεξής. Για τις περιπτώσεις πτυχίων από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου με ημερομηνία κτήσης από την 1η.1.2022 και εφεξής, το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ.

Δ. Φωτοαντίγραφο άδειας ή βεβαίωσης άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.

Ε. Πιστοποιητικό ελληνομάθειας επιπέδου Β2 για αυτούς που είναι υπήκοοι κρατών-μελών της Ε.Ε ή οι υπήκοοι τρίτων χωρών που έχουν τα δικαιώματα των κοινοτικών πολιτών πρέπει να υποβάλλουν από το Κέντρο Ελληνικής Γλώσσας του Υπουργείου Παιδείας Έρευνας και Θρησκευμάτων, ή 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.

ΣΤ. Υπεύθυνη δήλωση περί i) μη τοποθέτησης για εκπαίδευση σε κανένα στάδιο της ειδικότητας, ii) μη επιλογής από προκήρυξη ή πρόσκληση για την εκπλήρωση της υπηρεσίας υπαίθρου ή εκπλήρωσης αυτής, καθώς και iii) ότι δεν έχουν πάρει νόμιμη απαλλαγή από την υποχρέωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου.

Ζ. Υπεύθυνη δήλωση περί μη υποβολής αίτησης σε άλλη Δ.Υ.ΠΕ. ή νοσοκομείο για συμμετοχή στο πρόγραμμα προκαταρκτικής κλινικής άσκησης, καθώς και μη προηγούμενης συμμετοχής του σε αυτό.

Η αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος επέχει θέση υπεύθυνης δήλωσης του άρθ. 8 του ν.1599/1986 (Α' 75).

Οι ενδιαφερόμενοι/ες που επιθυμούν να συμμετάσχουν στο εν λόγω πρόγραμμα σύμφωνα με την παρούσα, υποβάλλουν από **Τρίτη 4-3-2025 έως και την Παρασκευή 21-3-2025** αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην ηλεκτρονική διεύθυνση **protokollo@hc-crete.gr** συνοδευόμενη από τα απαραίτητα έγγραφα. Οι ενδιαφερόμενοι/ες αναγράφουν στο θέμα του μηνύματος **«ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΠΙΛΟΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ»** και επισυνάπτουν την αίτηση με συνημμένα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, σύμφωνα με το υπόδειγμα του Παραρτήματος της παρούσας.

Επισήμανση 1η : Οι Υπεύθυνες Δηλώσεις θα φέρουν το γνήσιο υπογραφής των αιτούντων ή θα έχουν εκδοθεί μέσω του **gov.gr**.

Επισήμανση 2η : Σε περίπτωση που ο αριθμός των ιατρών που αιτούνται ανά νοσοκομείο και πληρούν τα κριτήρια επιλογής, υπερβαίνει τον αριθμό των θέσεων προκαταρκτικής κλινικής άσκησης στο εν λόγω νοσοκομείο, **διενεργείται μεταξύ των δημόσια κλήρωση από τη Διοίκηση της 7ης Υ.ΠΕ Κρήτης**, σε χρόνο και τόπο που ορίζονται με σχετική ανακοίνωση, όπως προβλέπεται από τις κείμενες διατάξεις.

Η παρούσα Πρόσκληση Εκδήλωσης ενδιαφέροντος να αναρτηθεί στο Πρόγραμμα «ΔΙΑΥΓΕΙΑ» και στον Ιστότοπο της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης.

Ο Διοικητής
7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης

Νεκτάριος Παπαβασιλείου

Εσωτερική Διανομή:

Γραφείο Διοίκησης 7^{ης} Υ.ΠΕ. Κρήτης