

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΙΤΛΟΥ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ

1. Αίτηση προς Ιατρικό Σύλλογο Ηρακλείου.

(Με την κατάθεση των δικαιολογητικών στη Δ/ση Δημόσιας Υγείας Ηρακλείου, υποβάλλονται:

- πρωτοκολλημένη η ανωτέρω αίτηση
- βεβαίωση εγγραφής στο μητρώο του Ιατρικού Συλλόγου
- διαβιβαστικό του Συλλόγου προς τη Δ/ση Δημ. Υγείας).

2. Αντίγραφο πτυχίου απαιτείται:

- αν είναι από χώρα Ε.Ε., φωτοτυπία ξενόγλωσσων επικυρωμένη και επίσημα μεταφρασμένη
- αν είναι από άλλη χώρα: α) ΔΟΑΤΑΠ, β) ξενόγλωσσο επικυρωμένο και επίσημα μεταφρασμένο.

3. Πιστοποιητικά άσκησης ειδικότητας υπογεγραμμένα από τους επιστημονικούς Διευθυντές, τους Προέδρους Επιστημονικών Επιτροπών και θεωρημένα από τους Διοικητικούς Διευθυντές για το γνήσιο των υπογραφών και του περιεχομένου (σύμφωνα με τα αιτούμενα από την υπ' αρ. 13/6362 Εγκ. 220/10-6-1975, Α4/4433 Εκλ. 119/22-8-80 εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας). Τα παραπάνω πιστοποιητικά πρέπει:

- Να φέρουν τον αύξοντα αριθμό πιστοποιητικού και ημερομηνία εκδόσεως
- Να αναγράφεται αριθμητικά και ολογράφως ο χρόνος ειδίκευσης
- Να διατυπώνεται η κρίση των Διευθυντών κλινικών ή εργαστηρίων για την κατάρτιση του ιατρού και την ικανότητα του κατά την ειδίκευση
- Να σημειώνεται ότι ο ιατρός παρακολούθησε τακτικώς και ανελλιπώς σύμφωνα με το κανονισμένο επιστημονικό ωράριο ως και ο χρόνος που αδικαιολόγητα απουσίασε
- Να αναγράφεται απαραίτητα ο αριθμός και η ημερομηνία απόφασης του Υπουργείου Υγείας για την έναρξη της ειδικότητας (για ειδικότητες: Χειρουργικής – Ουρολογίας – Αγγειοχειρουργικής – ΩΡΛ – Οφθαλμολογίας – Πλαστ. Χειρουργικής – Ορθοπαιδικής – Χειρ. Θώρακος και Χειρ. Παίδων προσκομίζεται συγκεντρωτικός πίνακας εγχειρήσεων).

4. Πιστοποιητικό τρίμηνης υποχρεωτικής άσκησης πριν την εκπλήρωση του Αγροτικού, υπογεγραμμένο από τους Δ/ντές των κλινικών άσκησης, από το Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας και από τον Διοικητικό Δ/ντή.

5. Αν ο ειδικευόμενος ιατρός έχει κάνει χρήση του άρ. 21 του Ν.3580/2007 για Παθολογία ή Χειρουργική, προσκομίζει βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου, εκδοθείσα από το Υπουργείο Υγείας και Κοιν. Αλληλεγγύης προκειμένου να προσμετρηθεί ένα τρίμηνο ως χρόνος άσκησης.

6. Για τους ιατρούς που ασκήθηκαν σε νοσοκομεία άλλων χωρών, τα πιστοποιητικά θα υποβάλλονται:
 - πρωτότυπα επίσημα μεταφρασμένα και υπογεγραμμένα από τους Επιστημονικούς Διευθυντές, θεωρημένα για το γνήσιο της υπογραφής τους από το εκεί Ελληνικό Προξενείο.
7. **Πιστοποιητικό της αρμόδιας αρχής** (Υπουργείο ή Ιατρικός Σύλλογος) ότι η άσκηση έγινε σύμφωνα με τις σχετικές οδηγίες της Ε.Ε. για τους ιατρούς που ασκήθηκαν σε Κράτη-Μέλη της Ε.Ε.
8. Σε περίπτωση άσκησης της ειδικότητας ή μέρους αυτής στο εξωτερικό, απαιτείται βεβαίωση αναγνώρισης του χρόνου από το ΚΕ.Σ.Υ. του Υπουργείου Υγείας.
9. **Υπεύθυνη δήλωση του αρ. 8 του Ν.1599/1986** στην οποία θα δηλώνεται πόσες φορές έχει ο ιατρός συμμετάσχει σε εξετάσεις της ειδικότητας του.
10. **Πίνακας στον οποίο αναγράφονται τα στοιχεία της άδειας άσκησης επαγγέλματος του ιατρού** προκειμένου να σταλεί στο Υπουργείο Υγείας αναγράφοντας τα στοιχεία του χορηγηθέντος τίτλου της ιατρικής ειδικότητας του όταν θα έχει επιτύχει στις εξετάσεις.
11. **Διπλότυπο εισπραξης** 3,82 ευρώ από το Δημόσιο Ταμείο.
12. **Παράβολο χαρτοσήμου** 5,90 ευρώ από το Δημόσιο Ταμείο.
13. **Φωτοτυπία επικυρωμένης αστυνομικής ταυτότητας.**
14. **Χάρτινο ντοσιέ με λάστιχο.**

Σημειώνεται ότι:

- Οι εξετάσεις γίνονται τους μήνες Φεβρουάριο – Απρίλιο – Ιούνιο – Αύγουστο – Οκτώβριο – Δεκέμβριο.
- Σε περίπτωση αποτυχίας ή μη προσέλευσης, υποβάλλονται στην υπηρεσία μας αίτηση (χωρίς δικαιολογητικά) και υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/1986.
- Τα δικαιολογητικά που υποβάλλονται γίνονται δεκτά είτε πρωτότυπα είτε επικυρωμένα.

ΠΡΟΣΟΧΗ

Η Υπηρεσία μας επιφυλάσσεται να ζητήσει πρόσθετα δικαιολογητικά εφόσον απαιτηθούν.