



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
Δ Ι Ο Ι Κ Η Σ Η
6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

ΠΑΤΡΑ : 02/11/2016

Α. Π. 45626

Διεύθυνση : Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού
Τμήμα : Διαχείριση Ανθρώπινων Πόρων
Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης - Ε.Γιαννοπούλου
Ταχ. Διεύθυνση : Υπάτης 1 Τ.Κ.26441 Πάτρα
Τηλέφωνα : 2613600578
Fax : 2610430790
e-mail : d.antoniadis@dypede.gr

**Ανακοίνωση για την Εγγραφή στο Μητρώο Αποκλειστικών Νοσοκόμων της 6^{ης}
Υγειονομικής Περιφέρειας (6^η ΥΠΕ) για το έτος 2017»**

Ανακοινώνεται σε όσους ενδιαφέρονται να παρέχουν τις υπηρεσίες τους στους ασθενείς των νοσοκομείων ή ιδιωτικών κλινικών της 6ης ΥΠΕ Πελοποννήσου – Ηπείρου – Ιονίων Νήσων και Δυτικής Ελλάδος, ως αποκλειστικοί νοσοκόμοι/ες για το έτος 2017 και εφόσον πληρούν τις προϋποθέσεις που αναφέρονται στα κοινωνικά κριτήρια της υπ αριθμ. Υ4α/οικ.37804/25-4-2013 (ΦΕΚ Β'/1023/25-4-2013) Απόφασης του Υπουργού Υγείας με θέμα: «*Παροχή υπηρεσιών σε ασθενείς νοσοκομείων ΕΣΥ και Ιδιωτικών κλινικών της χώρας από αποκλειστικές νοσοκόμες και νοσοκόμους*» όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με την υπ'αριθμ. Υ4α/Γ.Π. οικ.8/8/13 (ΦΕΚ 1944/9/8/2013) ΥΑ, ότι θα υποβάλλουν αίτηση στην υπηρεσία μας από 15/11/2016 έως και 01/12/2016 ως εξής:

A. Για όσους ενδιαφέρονται να εγγραφούν, να αξιολογηθούν και να καταχωρηθούν στον κατάλογο αποκλειστικών νοσοκόμων της 6^{ης} ΥΠΕ **για πρώτη φορά**, δηλαδή **δεν** έχουν εγγραφεί στο μητρώο αποκλειστικών της υπηρεσίας μας από το 2013 έως το 2016 και **δεν** έχουν λάβει αριθμό μητρώου αποκλειστικού/ής, **θα πρέπει να υποβάλουν το Έντυπο Α** (επισυνάπτεται παρακάτω), **από 15/11/2016 έως και 01/12/2016**, συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο μαζί με τα παρακάτω δικαιολογητικά:

- 1.** Δύο φωτογραφίες τύπου αστυνομικής ταυτότητας στις οποίες θα αναγράφεται στο πίσω μέρος το ονοματεπώνυμο του/της αιτούντος
- 2.** Άδεια άσκησης επαγγέλματος νοσηλεύτη/τριας ή βοηθού νοσηλεύτη/τριας.
- 3.** Άδεια εργασίας από το Ι.Κ.Α. (Απόφαση Ν. 1976/91 αρ. 14), σύμφωνα με την υπ'αρ. *Υ1γ/Γ.Π/οικ 35797 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 1199/11-04-2012 τ.Β')* που να έχει εκδοθεί μέχρι 30/11/2016
- 4.** Αντίγραφο οποιουδήποτε πτυχίου ή διπλώματος ή τίτλου σπουδών κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ ή μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ή ΔΕ της ημεδαπής ή ισότιμο τίτλο Ιδρυμάτων και Σχολών της αλλοδαπής.

α. Μόνο για τους ενδιαφερόμενους που δεν διαθέτουν ελληνική ιθαγένεια: απαιτείται να προσκομιστεί και πιστοποιητικό ελληνομάθειας, τουλάχιστον για την κατηγορία της Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (ΥΕ) Επιπέδου Α2 για ειδικούς επαγγελματικούς σκοπούς, προκειμένου να πιστοποιείται η επάρκειά τους στην κατανόηση και τη χρήση της ελληνικής γλώσσας. - Εξαιρούνται από την προσκόμιση του πιστοποιητικού ελληνομάθειας, οι ομογενείς, κάτοχοι ειδικού δελτίου ταυτότητας ομογενών.

β. Για τα Πτυχία που προέρχονται από Ιδρύματα του Εξωτερικού : συνυποβάλλεται ισοτιμία και αντιστοιχία του τίτλου σπουδών τους από το (Δ.Ο.Α.ΤΑ.Π.) ή το πρώην ΔΙΚΑΤΣΑ ή το πρώην ΙΤΕ. Όσα Πτυχία προέρχονται από κράτη –μέλη της Ε.Ε. απαιτείται αναγνώριση από το Συμβούλιο Αναγνώρισης Επαγγελματικών Προσόντων(Σ.Α.Ε.Π.) ή το πρώην Συμβούλιο Επαγγελματικής Αναγνώρισης Τίτλων Εκπαίδευσης & Κατάρτισης (Σ.Ε.Α.Τ.Ε.Κ.) ή ισοτιμία από τον Εθνικό Οργανισμό Πιστοποίησης Προσόντων Επαγγελματικού Προσανατολισμού (Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π.).

γ. Άδειες εργασίας των αποκλειστικών νοσοκόμων που έχουν εκδοθεί πριν την **9-4-2012** κατά την πρώτη εφαρμογή της υπ'αρ.Φ.9/1012/93 Κ.Υ.Α. (ΦΕΚ 425/1993 τ.Β') και την τροποποίηση αυτής (ΦΕΚ 1944/9-8-13 τ.Β') εξακολουθούν να ισχύουν και για τις περιπτώσεις που αφορούν δεν απαιτείται κατάθεση τίτλου σπουδών και άδειας άσκησης επαγγέλματος νοσηλεύτη/τριας ή βοηθού νοσηλεύτη/τριας όπως αναφέρθηκε ανωτέρω.

5. Βεβαίωση Α.Μ.Κ.Α.

6. Απλό φωτοαντίγραφο των δύο όψεων του ατομικού δελτίου ταυτότητας ή για τους αλλοδαπούς αντίγραφο των κρίσιμων σελίδων του διαβατηρίου και αντίγραφο της άδειας παραμονής.

7. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης (που έχει εκδοθεί μετά την 01/06/2016)

8. Αντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος 2016.

9. Βεβαίωση του Ι.Κ.Α. από όπου προκύπτουν αποκλειστικά και μόνο οι ημέρες εργασίας (ένσημα) που απεκτήθησαν στο επάγγελμα νοσηλεύτη ή σε παροχές υπηρεσιών σχετικά με τη φροντίδα ασθενών.

Β. Για όσους ενδιαφέρονται να καταχωρηθούν στον κατάλογο αποκλειστικών νοσοκόμων της 6^{ης} ΥΠΕ για το έτος 2017 και **έχουν** λάβει αριθμό μητρώου αποκλειστικού/ής, δηλαδή **έχουν** ήδη εγγραφεί στο μητρώο αποκλειστικών της υπηρεσίας μας από το 2013 έως το 2016, θα πρέπει να υποβάλουν το **'Έντυπο Β'** (βλέπε παράρτημα παρακάτω), από 16/11/2016 έως και 01/12/2016. Μαζί με το **'Έντυπο Β'** (επισυνάπτεται παρακάτω) θα υποβάλλονται **μόνο** δικαιολογητικά που έχουν αλλάξει ή τροποποιηθεί όπως:

1) Εκκαθαριστικό σημείωμα 2016.

2) Βεβαίωση νέων ενσήμων των αποκλειστικών νοσοκόμων από το ΙΚΑ για το τελευταίο έτος .

3) Όποιο λοιπό δικαιολογητικό έχει τροποποιηθεί κατά το έτος 2016 όπως το πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, αστυνομική ταυτότητα κ.λ.π.

ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ - ΟΔΗΓΙΕΣ
(Παρακαλούμε για την αυστηρή τήρησή τους)

- ΟΙ ΑΙΤΗΣΕΙΣ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ 16/11/2016 ΕΩΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΕΜΠΤΗ 01/12/2016 (ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ) ΣΤΗΝ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΗΣ 6^{ης} ΥΠΕ (ΩΡΕΣ 10:00π.μ. – 12:00μ.μ.) Η' ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΑ (ΕΜΠΡΟΘΕΣΜΗ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ Η COURIER) ΣΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :

ΥΠΑΤΗΣ 1 & Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ – ΑΘΗΝΩΝ
Τ.Κ. 26441 – ΠΑΤΡΑ
(ΓΙΑ ΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΝ)

- Η ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΓΙΝΕΤΑΙ ΑΤΟΜΙΚΑ
- ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΟΜΑΔΙΚΑ ΘΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΔΕΚΤΗ ΜΟΝΟ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ ΟΤΙ Η ΚΑΘΕ ΑΙΤΗΣΗ ΘΑ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΕ ΚΛΕΙΣΜΕΝΟ ΞΕΧΩΡΙΣΤΟ ΦΑΚΕΛΟ
- ΕΚΠΡΟΘΕΣΜΗ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ Ή COURIER ΣΥΝΕΠΑΓΕΤΑΙ ΑΠΟΡΡΙΨΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ/ΕΩΝ
- ΤΑ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΘΑ ΤΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΕΤΕ ΣΕ ΑΠΛΑ ΕΥΚΡΙΝΗ ΦΩΤΟΑΝΤΙΓΡΑΦΑ (Ν. 4250/2014 ΦΕΚ 74/26.03.2014 τ.Β')
- ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ Η ΥΠΟΒΟΛΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΙΚΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΝΕΤΑΙ ΔΕΚΤΗ ΜΟΝΟ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΔΗΛΑΔΗ ΜΕΧΡΙ ΚΑΙ ΤΗΝ 01/12/2016

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΔΕΙΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2017:

ΣΤΙΣ 31/12/2016 ΛΗΓΟΥΝ ΟΛΕΣ ΟΙ ΑΔΕΙΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΙΚΑ (ΝΕΕΣ ΚΑΙ ΠΑΛΙΕΣ). ΣΥΝΕΠΩΣ ΑΠΟ 01/01/2017 ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΑΝΑΝΕΩΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2017. Η ΚΑΤΑΘΕΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΝΕΩΜΕΝΩΝ ΑΔΕΙΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2017 ΘΑ ΓΙΝΕΙ ΣΤΗΝ ΤΡΙΜΕΛΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΘΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΕΩΣ ΚΑΙ 31/03/2017

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΤΟ ΤΗΛ 2613600578 (ΩΡΕΣ 12:00μ.μ. – 14:00μ.μ.)

(ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΤΑ ΕΝΤΥΠΑ Α ΓΙΑ ΝΕΟΥΣ ΚΑΙ Β ΓΙΑ ΗΔΗ ΕΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΥΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΥΣ)

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
Α/Α Ο ΥΠΟΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Α. ΚΩΣΤΑΚΙΩΤΗΣ

A. ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ*
ΓΙΑ ΝΕΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΝ 6^{ης} ΥΠΕ
*(Αφορά όσους επιθυμούν να εγγραφούν για πρώτη φορά
και να συμπεριληφθούν στον κατάλογο αποκλειστικών 6^{ης} ΥΠΕ το 2017)*

ΠΡΟΣ
ΜΗΤΡΩΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΝ 6^{ης} ΥΠΕ

Επώνυμο _____

Όνομα _____

Όνομα Πατέρα _____

Όνομα Μητέρας _____

Δ/νση _____

ΤΚ _____

Τηλ _____

Επιθυμώ να εγγραφώ, αξιολογηθώ και συμπεριληφθώ στο Μητρώο Αποκλειστικών 6^{ης} ΥΠΕ για το έτος 2017

Προτιμήσεις Νοσοκομείων ή Ιδιωτικών Κλινικών με σειρά προτεραιότητας:

1^η _____

2^η _____

3^η _____

1. Δύο (2) φωτογραφίες τύπου ταυτότητας (στο πίσω μέρος θα φέρουν ονοματεπώνυμο)
2. Βεβαίωση χορήγησης (άδεια) άσκησης επαγγέλματος νοσηλεύτη ή βοηθού νοσηλεύτη
3. Άδεια εργασίας από το ΙΚΑ που έχει εκδοθεί το έτος 2016
4. Βεβαίωση ΙΚΑ από την οποία προκύπτουν ακριβώς καταμετρημένα τα έτη ως νοσηλεύτη
5. Τίτλο σπουδών
6. ΑΜΚΑ
7. Πιστοποιητικό Ελληνομάθειας (όπου απαιτείται σύμφωνα με την ανακοίνωση)
8. Φωτοαντίγραφο ατομικό δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή αντίγραφο διαβατηρίου και αντίγραφο της άδειας παραμονής
9. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης
10. Αντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος τρέχοντος έτους

*Δηλώνω ότι τα στοιχεία της αίτησής μου είναι ακριβή και αληθή.
Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν.1599/1986.

Ο /Η Αιτών/ούσα
(υπογραφή)

Ημερομηνία:...../...../2016

Β . ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ*

ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΤΑΛΟΓΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΝ 6^{ης} ΥΠΕ ΕΤΟΥΣ 2017

(Αφορά όσους έχουν ήδη εγγραφεί κατά τα έτη 2013 – 2016)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΕΓΓΕΓΡΑΜΕΝΟΥ

ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΥ/ΗΣ:

Επώνυμο _____

Όνομα _____

Όνομα Πατέρα _____

Όνομα Μητέρας _____

Δ/νση: _____

ΤΚ _____

Τηλ: _____

1. Αντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος τρέχοντος έτους
2. Ένσημα που έχουν αποκτηθεί κατά το τελευταίο έτος
3. Λοιπά δικαιολογητικά που τυχόν άλλαξαν κατά το τρέχον έτος:

.....

.....

ΠΡΟΣ

ΜΗΤΡΩΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΝ 6^{ης} ΥΠΕ

Επιθυμώ να περιληφθώ στον κατάλογο Αποκλειστικών 6^{ης} ΥΠΕ για το έτος 2016

Προτιμήσεις Νοσοκομείων Ιδιωτικών Κλινικών με σειρά προτεραιότητας:

1).....

2).....

3).....

Ο /Η Αιτών/ούσα

(υπογραφή)

Ημερομηνία :