

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ****Ορθή Επανάληψη** ( ως προς την  
ημερομηνία υποβολής αιτήσεων και  
τα απαιτούμενα δικαιολογητικά: αρ.7)**5η Υγειονομική Περιφέρεια  
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας****Λάρισα 14 -05-2026****Αρ.Πρωτ.: 40359**

Ταχ. Δ/ση: Περιοχή Μεζούρλο, ΤΚ.  
41100 ΤΘ 2101, Λάρισα

Διεύθυνση: Ανάπτυξης Ανθρώπινου  
Δυναμικού

Πληροφορίες: Βαλάρη Χαρίκλεια  
Τηλέφωνο: 2413 – 500861,857,864  
E-mail: [hr@dypethessaly.gr](mailto:hr@dypethessaly.gr)

**Α Π Ο Φ Α Σ Η****ΠΡΟΚΗΡΥΞΗΣ ΘΕΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΕΣΥ ΤΟΥ ΠΕΔΥΨΥ.****Ο Διοικητής της 5<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας  
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143/τ.Α/07.10.1983).
2. Τις διατάξεις του Ν.4622/2019 «Επιτελικό Κράτος: οργάνωση, λειτουργία και διαφάνεια της Κυβέρνησης, των κυβερνητικών οργάνων και της κεντρικής δημόσιας» (ΦΕΚ 133/Α), όπως τροποποιήθηκαν και ισχύουν.
3. Τις διατάξεις του Ν. 4999/7-12-2022 “Δευτεροβάθμια περίθαλψη, ιατρική, εκπαίδευση, μισθολογικές ρυθμίσεις για τους ιατρούς και οδοντιάτρους του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας».
4. Τις διατάξεις του Ν.5129/2024 «Ολοκλήρωση της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης» (ΦΕΚ 124/τ.Α’/1-8-2024), όπως ισχύει.
5. Το άρθρο 13 παρ 2 του Ν.1965/1991 (Φ.Ε.Κ.146/Α)
6. Τις διατάξεις του άρθρου 21, περ.11 του Ν.2737/1999 «Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 174/τ.Α/27.08.1999).
7. Την αρ.πρωτ.Γ4β/Γ.Π.οικ.42232/07-08-2024 (ΦΕΚ 855/09-08-2024 τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ) Απόφαση του Υπουργού Υγείας για διορισμό του κ. Σερέτη Φωτίου ως Διοικητή της 5<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδος.
8. Την υπ’ αριθμ.Γ4α/Γ.Π.οικ.62944/23-11-2023 υπουργική απόφαση με θέμα «Καθορισμός διαδικασίας υποβολής υποψηφιοτήτων και κριτηρίων μοριοδότησης, αξιολόγησης και επιλογής για θέσεις Διευθυντή, Επιμελητή Α’ και Επιμελητή Β’ κλάδου ιατρών και οδοντιών Ε.Σ.Υ.» (ΑΔΑ: ΩΧΠΕ465ΦΥΟ-ΥΝ8) (ΦΕΚ/Β/6701), όπως τροποποιήθηκε με την Γ4α/Γ.Π.οικ.47366/5-9-2024 (ΦΕΚ/Β/5164)

9. Την υπ' αριθμ.πρωτ.οικ.3440/21-01-2025 Εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας με θέμα: «Παροχή διευκρινίσεων σχετικά με την αίτηση και τη χορήγηση βεβαιώσεων α)εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου και β)εκπλήρωση της υποχρεωτικής υπηρεσίας προσωπικού ιατρού (ΑΔΑ:ΡΝΘΣ465ΦΥΟ-ΨΦΧ)

10.Την υπ' αριθμ. Γ4α/Γ.Π.18607/8-5-2026 Εγκριτική απόφαση του Υπουργείου Υγείας με θέμα: «Έγκριση για προκήρυξη θέσεων ειδικευμένων ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ.(ΑΔΑ:ΡΠΦΙ465ΦΥΟ-ΓΓ6)

11. Την υπ' αριθμ. Γ4α/Γ.Π.18607/8-5-2026 Ορθή Επανάληψη ως προς την Διαύγεια της Εγκριτικής απόφασης του Υπουργείου Υγείας με θέμα: «Έγκριση για προκήρυξη θέσεων ειδικευμένων ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ.(ΑΔΑ:9ΦΕΡ465ΦΥΟ-8ΨΝ)

### Αποφασίζουμε

την προκήρυξη των παρακάτω θέσεων του κλάδου Ιατρών ΕΣΥ σε Φορείς του ΠΕΔΥΨΥ, αρμοδιότητας της 5<sup>ης</sup> ΥΠΕ ως εξής:

ΔΥΠΕ	ΦΟΡΕΑΣ ΠΕΔΥΨΥ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ
5Η	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ –ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΛΑΜΙΑΣ (ΦΟΡΕΑΣ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΟΠΟΙΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ:Γ.Ν ΛΑΜΙΑΣ)	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥ	ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ	1
5Η	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ –ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΛΑΜΙΑΣ (ΦΟΡΕΑΣ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΟΠΟΙΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ: Γ.Ν ΛΑΜΙΑΣ)	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β΄	1
5Η	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΒΟΛΟΥ (ΦΟΡΕΑΣ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΟΠΟΙΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ:Γ.Ν ΒΟΛΟΥ “ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ”)	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β΄	1
5Η	ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΜΕ ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΛΑΡΙΣΑΣ	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Α΄	1
5Η	ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ-ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΒΟΛΟΥ (ΦΟΡΕΑΣ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΟΠΟΙΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ: Γ.Ν ΒΟΛΟΥ “ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ”)	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β΄	1
<b>5Η</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ ΘΕΣΕΩΝ 5ΗΣ ΥΠΕ</b>			<b>5</b>

Οι θέσεις που προκηρύσσονται για τους Φορείς ΠΕΔΥΨΥ που λειτουργούν στο ΓΝ Λαμίας υπάγονται στις άγονες και προβληματικές περιοχές (ΦΕΚ 6453/Β/25-11-2024). Για την υποβολή των δικαιολογητικών για τις παραπάνω θέσεις δεν απαιτείται για τους ιατρούς κλάδου ΕΣΥ προϋπηρεσία στην ειδικότητα (παρ 2, άρθρο 13 του Ν. 1965/91 (ΦΕΚ 146/1991 τ.Α'), διότι υπάγονται στις άγονες και προβληματικές περιοχές (Γ4α/οικ.46490/5-9-2024).

Για την υποβολή των δικαιολογητικών για τις θέσεις στις μη άγονες περιοχές απαιτείται για τους ιατρούς κλάδου ΕΣΥ προϋπηρεσία στην ειδικότητα ως εξής:

**Για το βαθμό του Διευθυντή, η άσκηση στην ειδικότητα για τέσσερα (4) τουλάχιστον χρόνια και για το βαθμό του Επιμελητή Α' η άσκηση στην ειδικότητα για δύο (2) τουλάχιστον χρόνια.**

Από 01-01-2022 δεν ισχύουν οι περιορισμοί στην υποβολή υποψηφιότητας για την κάλυψη θέσεων ιατρών Ε.Σ.Υ., όπως ορίζονται στις διατάξεις του τρίτου άρθρου του ν. 4655/2020 και συγκεκριμένα οι ειδικευμένοι ιατροί κλάδου Ε.Σ.Υ. δεν οφείλουν να παραιτηθούν από τη θέση τους προκειμένου να θέσουν υποψηφιότητα σε άλλη θέση ειδικευμένου ιατρού κλάδου Ε.Σ.Υ.. Συνεπώς οι ιατροί κλάδου Ε.Σ.Υ. μπορούν να διεκδικήσουν άλλη θέση ίδιου ή ανώτερου βαθμού από αυτόν που κατέχουν εφόσον πληρούν τις προϋποθέσεις του άρθρου 6 του ν. 4999/2022

**A. Για τις παραπάνω προκηρυσσόμενες θέσεις γίνονται δεκτοί ως υποψήφιοι όσοι έχουν:**

1. Ελληνική Ιθαγένεια (πλην όσων προέρχονται από Κράτη Μέλη της Ε.Ε.)
2. Πτυχίο ιατρικής
3. Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
4. Τίτλο αντίστοιχης με τη θέση ιατρικής ειδικότητας.

**B. Απαιτούμενα Δικαιολογητικά:**

**Τα απαραίτητα κατά περίπτωση δικαιολογητικά**, με τα οποία αποδεικνύονται τα απαιτούμενα τυπικά και μοριοδοτούμενα προσόντα, τα κριτήρια ή ιδιότητες που επικαλούνται οι υποψήφιοι με την αίτηση εγγραφής τους, επισυνάπτονται ηλεκτρονικά στην αίτησή τους σε αρχεία μορφής Pdf ή JPEG (φωτογραφία) ή jpg ή x-rng ή png **χωρητικότητας μέχρι 2 MB.**

Οι ενδιαφερόμενοι πρέπει να υποβάλουν τα **εξής δικαιολογητικά:**

1. Αίτηση-δήλωση η οποία υποβάλλεται ηλεκτρονικά στην ηλεκτρονική διεύθυνση esydoctors.moh.gov.gr.
2. Πτυχίο. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται Πτυχίο, επίσημη μετάφρασή και ισοτιμία ΔΟΑΤΑΠ, όπου απαιτείται.
3. Βεβαίωση του οικείου Ιατρικού ή Οδοντιατρικού Συλλόγου στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.
4. Απόφαση άδειας ή βεβαίωσης άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος ή άδεια άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος.

5. Απόφαση χορήγησης τίτλου ειδικότητας ή τίτλος ειδικότητας. Για την κατάληψη θέσης ιατρού Ε.Σ.Υ. απαιτείται : α) για το βαθμό Επιμελητή Β΄, η κατοχή του τίτλου ειδικότητας β) για το βαθμό του Επιμελητή Α΄, η άσκηση στην ειδικότητα για δύο(2) τουλάχιστον χρόνια και γ) για το βαθμό του Διευθυντή, η άσκηση στην ειδικότητα για τέσσερα (4)τουλάχιστον χρόνια.
6. Υποβολή **υπογεγραμμένης υπεύθυνης δήλωσης** του υποψήφιου για διορισμό ιατρού **(για τις μη άγονες περιοχές)**

Στην ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ θα αναφέρεται:

Για τις θέσεις βαθμού Επιμελητή Β΄, Επιμελητή Α΄ και Διευθυντή

(α) δεν υπηρετώ σε θέση του κλάδου Ε.Σ.Υ. ή υπηρετώ σε θέση του κλάδου Ε.Σ.Υ. με βαθμό .....και έχω συμπληρώσει συνεχή υπηρεσία πέντε (5) ετών στον Φορέα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας στον οποίο υπηρετώ σήμερα,

(β) δεν έχω παραιτηθεί από θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. πριν από τη συμπλήρωση πέντε (5)ετών από τον διορισμό μου ή σε αντίθετη περίπτωση ότι έχουν συμπληρωθεί δύο (2) χρόνια από την ημερομηνία παραίτησής μου,

(γ) δεν έχω αρνηθεί διορισμό σε θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. ή σε αντίθετη περίπτωση, ότι έχουν συμπληρωθεί δύο (2) χρόνια από την παρέλευση της προθεσμίας ανάληψης υπηρεσίας.

**7. Βεβαίωση από την οποία να προκύπτει ότι ο ιατρός έχει εκπληρώσει την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου ή έχει νόμιμη απαλλαγή από αυτήν.**

Συμφώνως με την υπ' αρ. οικ. 3440/21-01-2025 (ΑΔΑ: ΡΝΘΣ465ΦΥΟ-ΨΦΧ) Εγκύκλιο του ΥΥ και για την διευκόλυνση της διαδικασίας της αίτησης και χορήγησης των βεβαιώσεων που εκδίδονται για τους ιατρούς που έχουν εκπληρώσει την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου ή εκπληρώνουν την υποχρεωτική υπηρεσία προσωπικού ιατρού, ισχύουν και διευκρινίζονται τα ακόλουθα:

Α. Στους ιατρούς που έχουν ολοκληρώσει την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου πριν τις 15/11/2024(ημερομηνία δημοσίευσης του ν.5157/2024) και υποβάλλουν, ανεξαρτήτου ημερομηνίας, αίτηση για τη χορήγηση βεβαίωσης εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου, η σχετική βεβαίωση χορηγείται από την αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας.

Β. Στους ιατρούς που έχουν ολοκληρώσει την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου, ως υπόχρεοι πλέον προσωπικοί ιατροί από τις 15/11/2024, και έχουν υποβάλει αίτηση έως και 18/12/2024 για την χορήγηση βεβαίωσης εκπλήρωσης της υποχρεωτικής υπηρεσίας προσωπικού ιατρού, η σχετική βεβαίωση χορηγείται από την αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας.

Γ. Στους ιατρούς που ολοκληρώνουν την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου, ως υπόχρεοι πλέον προσωπικοί ιατροί από τις 15/11/2024 και υποβάλλουν αίτηση για τη χορήγηση βεβαίωσης εκπλήρωσης της υποχρεωτικής υπηρεσίας προσωπικού ιατρού μετά τις 19/12/2024 (ημερομηνία δημοσίευσης της υπό στοιχεία 65342/19-12-2024 Υπουργικής Απόφασης), η σχετική βεβαίωση χορηγείται αρμοδίως από την οικεία Δ.Υ.Πε, σύμφωνα με το άρθρο 9 της υπ' αρ. 65342/19-12-2024 (Β' 6984) Υπουργικής Απόφασης.

8 Πιστοποιητικό γέννησης ή του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου. Όταν πρόκειται για πολίτη κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται και επίσημη μετάφραση των δικαιολογητικών αυτών και τίτλος ελληνομάθειας τύπου Β2 ή βεβαίωση γνώσης της ελληνικής από την αρμόδια επιτροπή του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), Δεν απαιτείται τίτλος ελληνομάθειας για τους ιατρούς που είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα ή απόφοιτοι ελληνικού πανεπιστημίου ή διαθέτουν ισοτιμία και αντιστοιχία πτυχίου ΔΟΑΤΑΠ (ΔΙΚΑΤΣΑ) ή έχουν αποκτήσει τίτλος ειδικότητας στην Ελλάδα.

9. Βιογραφικό σημείωμα του υποψήφιου για διορισμό ιατρού. Επισημαίνεται ότι δεν αποτελεί υποχρεωτικό δικαιολογητικό αλλά υποβάλλεται για διευκόλυνση του συμβουλίου. Για την απόδειξη των ουσιαστικών προσόντων που αναφέρονται στο βιογραφικό σημείωμα, απαιτείται η υποβολή αρχείων των επίσημων πιστοποιητικών ή βεβαιώσεων στα αντίστοιχα πεδία της εφαρμογής, όπως καθορίζονται στη σχετική απόφαση του καθορισμού των κριτηρίων επιλογής και διαδικασίας υποβολής υποψηφιοτήτων, αξιολόγησης και επιλογής για θέσεις κλάδου ιατρών και οδοντιάτρων Ε.Σ.Υ..

10. Οι επιστημονικές εργασίες αναφέρονται στο βιογραφικό σημείωμα του υποψηφίου περιληπτικά. Το εξώφυλλο και η σελίδα βιβλίου περιλήψεων ή δημοσιευμένων άρθρων θα πρέπει να υποβληθούν σύμφωνα με το πλήθος που θα δηλωθούν, όπως ορίζονται στη σχετική απόφαση των κριτηρίων επιλογής και διαδικασίας υποβολής υποψηφιοτήτων, ώστε να λάβει ο υποψήφιος για διορισμό ιατρός τα αντίστοιχα μόρια.

### **Γ. Επισημάνσεις:**

Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα από τις αρμόδιες προς τούτο αρχές της ημεδαπής. Στα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILLE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό. Σύμφωνα με τα οριζόμενα στις υπ' αριθμ. ΔΙΣΚΠΟ/Φ.15/οικ.8342/1-4-2014 (ΑΔΑ: ΒΙΗΟΧ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/Φ Α.2.3/21119/1-9-2014 (ΑΔΑ: ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίου του Υπουργείου Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή αντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση να φαίνεται ότι τα αντίγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί από δικηγόρο.

### **Δ. Προθεσμία- Διαδικασία Υποβολής Υποψηφιοτήτων :**

Η προθεσμία υποβολής αιτήσεων στην ηλεκτρονική διεύθυνση **esydoctors.moh.gov.gr** αρχίζει στις **27/05/2026 ώρα 12.00 (μεσημέρι)** και λήγει στις **17/06/2026 ώρα 12.00 (μεσημέρι)**.

Κάθε υποψήφιος δύναται να υποβάλει **μία (1) ηλεκτρονική αίτηση** ανά έγκριση προκήρυξης θέσεων. Στην αίτηση ο υποψήφιος δύναται να δηλώσει **έως πέντε (5) κωδικούς θέσεων της ειδικότητάς του** για το σύνολο των προκηρυγμένων θέσεων σε Νοσοκομεία και γενικά νοσοκομεία –κέντρα υγείας μίας (1) μόνο Διοίκησης Υγειονομικής Περιφέρειας(Δ.Υ.ΠΕ.)της χώρας και έως πέντε (5) κωδικούς θέσεων της ειδικότητάς του, σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μίας(1) μόνο Δ.Υ.ΠΕ δηλώνοντας υποχρεωτικά και τη σειρά προτίμησής του. Αν ο φορέας προκηρύσσει περισσότερες της μίας (1) θέσης στην ίδια ειδικότητα και στον ίδιο βαθμό, αυτές θα αντιστοιχούν σε έναν **( τον ίδιο) κωδικό θέσης.**

Η αίτηση-δήλωση υποψηφιοτήτων υποβάλλεται στην ηλεκτρονική διεύθυνση **esydoctors.moh.gov.gr** με τη χρήση των κωδικών εισαγωγής στο TAXISNET. Στην ανωτέρω ηλεκτρονική διεύθυνση οι ενδιαφερόμενοι θα μπορούν να αναζητούν οδηγίες για τη συμπλήρωση της ηλεκτρονικής αίτησης.

Η υποψηφιοτητα υποβάλλεται ηλεκτρονικά, μέσω της ηλεκτρονικής εφαρμογής του Υπουργείου Υγείας **esydoctors.moh.gov.gr**, εντός προθεσμίας, η οποία ορίζεται με την

απόφαση έγκρισης της προκήρυξης των θέσεων συνοδευόμενη με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, ως ακολούθως:

- ✓ Η αίτηση-δήλωση επέχει και θέση υπεύθυνης δήλωσης του άρθρου 8 του ν. 1599/1986(Α'75) ως προς την ακρίβεια των δηλούμενων σ' αυτήν στοιχείων του υποψηφίου.
- ✓ Οι υποψήφιοι υποχρεούνται να συμπληρώσουν τα αντίστοιχα τετραγωνίδια και πεδία της ηλεκτρονικής αίτησης-δήλωσης που αναφέρονται σε αντίστοιχα προσόντα ή κριτήρια ή ιδιότητες και να υποβάλουν ηλεκτρονικά τα αντίστοιχα δικαιολογητικά.

Η ηλεκτρονική αίτηση-δήλωση μετά την οριστική καταχώρισή της παρέχεται σε εκτυπώσιμη μορφή, η οποία αναγράφει και τον αριθμό πρωτοκόλλου ηλεκτρονικής αίτησης. Εάν δε συμπληρωθούν -επιλεγούν τα υποχρεωτικά τετραγωνίδια –πεδία, τότε η αίτηση δεν καταχωρείται και είναι αδύνατο να υποβληθεί.

**Η υποβολή περισσότερων της μιας αιτήσεων-δηλώσεων δεν είναι εφικτή**, όμως ο υποψήφιος δύναται, εντός της προθεσμίας υποβολής αιτήσεων, να ακυρώσει την υποβληθείσα και να υποβάλει εκ νέου αίτηση-δήλωση.

Το Συμβούλιο Κρίσης και Επιλογής έχει δικαίωμα να ζητήσει από τους υποψήφιους ιατρούς οποιοδήποτε δικαιολογητικό ή έγγραφο (Τύπου Β'), είτε γιατί κρίνει ότι είναι απαραίτητο για τη διαδικασία είτε λόγω ενδεχόμενου τεχνικού προβλήματος σε κάποιο από τα υποβληθέντα αρχεία (Τύπου Α' & Β').

#### **Ανάρτηση:**

Η Απόφαση-Προκήρυξη αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ και στον ιστότοπο της 5<sup>ης</sup>Υ.Πε. Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδος, αποστέλλεται ηλεκτρονικά στη διεύθυνση του Υπουργείου Υγείας (dprh\_a@moh.gov.gr) και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους.

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ**  
της 5<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας  
Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας

**ΦΩΤΗΣ ΣΕΡΕΤΗΣ**

#### **Κοινοποίηση:**

1. Γραφείο Διοικητή
2. Γραφεία Υποδιοικήτων
3. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος  
Πλουτάρχου 3 & Υψηλάντου  
ΤΚ 106 75 - Αθήνα  
Τηλέφωνο: 2107258660  
E-mail: [pisinfo@pis.gr](mailto:pisinfo@pis.gr)
4. Ιατρικός Σύλλογος Λάρισας  
28<sup>ης</sup> Οκτωβρίου 43

TK 41223-Λάρισα  
Τηλέφωνο: 2410 287777  
E-mail: info@isli.gr

5. Ιατρικός Σύλλογος Μαγνησίας

Σπ. Σπυρίδη 35-39  
TK 38221 - Βόλος  
Τηλέφωνο: 24210 25297  
E-mail: info@ismagnesia.gr

6. Ιατρικός Σύλλογος Φθιώτιδας

Όθωνος 1-Πλ.Λαού  
TK 35 100 –Λαμία  
Τηλέφωνο: 22310 22001  
E-mail: info@isf.gr