



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ
6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΠΑΤΡΑ : 31 /10 /2019

Α. Π. 42836.

Διεύθυνση : Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού
Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης - Ε.Γιαννοπούλου
Ταχ. Διεύθυνση : Υπάτης 1 Τ.Κ.26441 Πάτρα
Τηλέφωνα : 2613600578 (ώρες 12 – 14)

**Ανακοίνωση για την Εγγραφή στο Μητρώο Αποκλειστικών Νοσοκόμων της 6^{ης}
Υγειονομικής Περιφέρειας (6^η ΥΠΕ) για το έτος 2020**

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 2020 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 15/11/2019 έως και 2/12/2019 ως εξής:

A. ΕΓΓΡΑΦΗ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΣΤΟ ΜΗΤΡΩΟ:

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 2019 και **δεν** έχουν λάβει αριθμό μητρώου αποκλειστικού/ής, θα πρέπει να υποβάλουν το 'Έντυπο Α (επισυνάπτεται παρακάτω), από 15/11/2019 (Παρασκευή) έως και 02/12/2019 (Δευτέρα), 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 02/12/2019
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 01/06/2019)

8. Αντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος 2019.

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.

B. ΕΠΑΝΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΜΗΤΡΩΟ:

Για όσους ενδιαφέρονται να καταχωρηθούν στον κατάλογο αποκλειστικών νοσοκόμων της 6^{ης} ΥΠΕ για το έτος 2020 και **έχουν** λάβει αριθμό μητρώου αποκλειστικού/ής, δηλαδή **έχουν** ήδη εγγραφεί στο μητρώο αποκλειστικών της υπηρεσίας μας από το 2013 έως το 2019, θα πρέπει να υποβάλουν το **'Έντυπο Β'** (βλέπε παράρτημα παρακάτω), από 15/11/2019 έως και 02/12/2019. Μαζί με το **'Έντυπο Β'** (επισυνάπτεται παρακάτω) θα υποβάλλονται **μόνο** δικαιολογητικά που έχουν αλλάξει η τροποποιηθεί όπως:

1) Εκκαθαριστικό σημείωμα 2019.

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

3) Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης (που έχει εκδοθεί μετά την 01/06/2019)

4) Όποιο λοιπό δικαιολογητικό έχει τροποποιηθεί κατά το έτος 2019

ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ - ΟΔΗΓΙΕΣ
(Παρακαλούμε για την αυστηρή τήρησή τους)

- ΟΙ ΑΙΤΗΣΕΙΣ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 15/11/2019 ΕΩΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΔΕΥΤΕΡΑ 02/12/2019 (ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ) ΣΤΗΝ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΗΣ 6^{ης} ΥΠΕ (ΩΡΕΣ 10:00π.μ. – 12:00μ.μ.) Η΄ ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΑ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΕΝΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ 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 02/12/2019

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΔΕΙΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2020:

ΣΤΙΣ 31/12/2019 ΛΗΓΟΥΝ ΟΛΕΣ ΟΙ ΑΔΕΙΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΙΚΑ (ΝΕΕΣ ΚΑΙ ΠΑΛΙΕΣ). ΣΥΝΕΠΩΣ ΑΠΟ 01/01/2020 ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΑΝΑΝΕΩΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2020. Η ΚΑΤΑΘΕΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΝΕΩΜΕΝΩΝ ΑΔΕΙΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2020 ΘΑ ΓΙΝΕΙ ΣΤΗΝ ΤΡΙΜΕΛΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΘΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΕΩΣ ΚΑΙ 30/04/2020

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

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



Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΑΡΒΕΛΗΣ

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 2020)*

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 2020

Προτιμήσεις Νοσοκομείων ή Ιδιωτικών
Κλινικών με σειρά προτεραιότητας:

1^η _____

2^η _____

3^η _____

*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)

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 2019
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

Ημερομηνία:...../...../2019

Β . ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ*

ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΤΑΛΟΓΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΝ 6^{ης} ΥΠΕ ΕΤΟΥΣ 2020

(Αφορά όσους έχουν ήδη εγγραφεί κατά τα έτη 2013 – 2019)

ΠΡΟΣ

ΜΗΤΡΩΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΝ 6^{ης} ΥΠΕ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΟΥ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΣΤΟ ΚΑΡΤΕΛΑΚΙ

ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΥ/ΗΣ:

Επώνυμο _____

Όνομα _____

Όνομα Πατέρα _____

Όνομα Μητέρας _____

Δ/νση: _____

ΤΚ _____

Τηλ: _____

Επιθυμώ να περιληφθώ στον
κατάλογο Αποκλειστικών 6^{ης} ΥΠΕ για
το έτος 2020

Προτιμήσεις Νοσοκομείων Ιδιωτικών
Κλινικών με σειρά προτεραιότητας:

1).....

2).....

3).....

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:

.....

.....

Ο /Η Αιτών/ούσα
(υπογραφή)

Ημερομηνία :/...../2019

*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.