ΓΠ ΕΞΕ - 52564 - 2026-11-12 12:40:40

ΑΔΑ: ΡΦΚ8469Η26-ΡΕ5

Ministry of Digital Governance
Digitally signed by Ministry of Digital Governance
Date: 2026.11.12 12:59:06 EET
Reason:
Location: Athens

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1ης Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ
Δ/ΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ
Ταχ. Δ/νση: Ζαχάρωφ 3
Ταχ. Κώδικας: 115 21, Αθήνα
Πληροφορίες: Κ. Μπούκα
Τηλέφωνο: 213 2010463
E-mail: apoklistikes@1dype.gov.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΑΘΗΝΑ: 12-11-26
ΑΡ. ΠΡΩΤ. : 52564

ΠΡΟΣ:

ΠΙΝΑΚΑ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

ΕΝΑΡΞΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ 1ΗΣ ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ ΕΤΟΥΣ 2027

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του **άρθρου 2 παρ.1 & 2** του **Ν.4132/2013 (ΦΕΚ Α'/59/7-3-2013)** με θέμα: **«Κατεπείγουσες ρυθμίσεις του Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις».**

2. Την υπ' αριθμ. **Γ6α/Γ.Π.οικ. 36622** (**ΦΕΚ Β'/ 3289 / 28-06-2022**) Απόφαση του Υπουργού Υγείας και της Αναπλ. Υγείας με θέμα **« Παροχή Υπηρεσιών σε ασθενείς Νοσοκομείων ΕΣΥ και Ιδιωτικών Κλινικών της Χώρας από αποκλειστικές νοσοκόμους & νοσοκόμες »** όπως τροποποιήθηκε (άρθρο 7 - εδάφιο δ') και εξακολουθεί να ισχύει, **(ΦΕΚ 4987/Β'/ 26-9-2022).**

3. Την υπ' αριθμ. **Φ.700/388/338691/Σ.5392 (ΦΕΚ 3639/τ.Β'10-11-2016)** Απόφαση των Αναπληρωτών Υπουργών Εθνικής Άμυνας & Υγείας με θέμα: «Παροχή υπηρεσιών σε ασθενείς των Στρατιωτικών Νοσοκομείων και του Νοσηλευτικού Ιδρύματος Μετοχικού Ταμείου Στρατού (**417 ΝΙΜΙΤΣ**) από αποκλειστικές νοσοκόμες και νοσοκόμους».

4. Την υπ αρ. Γ4β/ΓΠ οικ: **42238(ΦΕΚ 855/19-08-2024**,τ.ΥΟΔΔ) Κοινή Απόφαση των Κ.κ. Υπουργού & Υφυπουργού Υγείας περί διορισμού της Διοικήτριας της 1ης ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ, κας Όλγας Μπαλαούρα.

ΠΡΟΣΚΑΛΟΥΜΕ

Τους ενδιαφερόμενους που επιθυμούν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς που νοσηλεύονται στα **Νοσοκομεία του ΕΣΥ, Ιδιωτικές Κλινικές** και **Στρατιωτικά Νοσοκομεία** γεωγραφικής αρμοδιότητας της 1ης Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ, να εγγραφούν προκειμένου να καταχωρισθούν στο **Εθνικό Μητρώο Αποκλειστικών Νοσοκόμων που αφορά το έτος 2027.**

Οι ενδιαφερόμενοι δύνανται να υποβάλλουν αιτήσεις ως κάτωθι:

1. **ΑΙΤΗΣΗ Α' - 27 ,** οι αιτούντες για πρώτη φορά
2. **ΑΙΤΗΣΗ Β' - 27 ,** οι αιτούντες για περισσότερο από μία (1) φορά.
3. **ΑΙΤΗΣΗ Γ' - 27,** οι αιτούντες χωρίς επιλογή Νοσοκομείων ή Κλινικών.

Οι ενδιαφερόμενοι/ες υποβάλλουν την αίτησή τους (ισχύει για την **Α'& Β'**) στο Πρωτόκολλο της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, δηλώνοντας **κατά σειρά προτίμησης υποχρεωτικά έως τρείς (3) δομές** (Νοσοκομείο ΕΣΥ ή Στρατιωτικό Νοσοκομείο ή Ιδιωτική Κλινική).

Το Μητρώο Αποκλειστικών Νοσοκόμων ισχύει για όλο το έτος (αφορά τους αιτούντες και των τριών ανωτέρω κατηγοριών). Τροποποιείται μόνο με τις νέες αιτήσεις που θα κατατεθούν το έτος 2027.

Έναρξη Υποβολής Αιτήσεων: Δευτέρα 16 Νοεμβρίου 2026 έως και Πέμπτη 31 Δεκεμβρίου 2026.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Α ί τ η σ η Α - 27 (αιτούντες για πρώτη 1η εγγραφή):

1. **Βεβαίωση** (πρώην άδεια) **Άσκησης Επαγγέλματος** Νοσηλευτή/τριας ή Βοηθού Νοσηλευτή/τριας.
2. **Άδεια εργασίας** από τον **ΕΦΚΑ**
3. **Αντίγραφο οποιουδήποτε πτυχίου ή διπλώματος ή τίτλου σπουδών** κατηγορίας **ΠΕ** ή **ΤΕ** ή μετα-δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ή **ΔΕ** της ημεδαπής με ισότιμο τίτλο Ιδρυμάτων και Σχολών της αλλοδαπής, το οποίο οδηγεί στην απόκτηση της άδειας εργασίας.
4. **Ισοτιμία** & αντιστοιχία του τίτλου σπουδών (για τα **πτυχία** που προέρχονται **από Ιδρύματα του εξωτερικού).** ΔΟΑΤΑΠ ή πρώην ΔΙΚΑΤΣΑ, ή Πρώην ΙΤΕ. Για τα προερχόμενα από την ΕΕ, από το ΣΑΕΠ ή το ΣΕΑΤΕΚ, η από τον ΕΟΠΠΕΠ.
5. **Πιστοποιητικό Ελληνομάθειας**, τουλάχιστον για την κατηγορία της **Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (ΥΕ) Επιπέδου Α2** για ειδικούς επαγγελματικούς σκοπούς,(για όσους δεν διαθέτουν την ελληνική ιθαγένεια) προκειμένου να πιστοποιείται η επάρκειά τους στην κατανόηση και τη χρήση της ελληνικής γλώσσας. Από την ανωτέρω υποχρέωση **εξαιρούνται** οι ομογενείς, **κάτοχοι ειδικού δελτίου ταυτότητας ομογενών** του οποίου αντίγραφο **οφείλουν και να καταθέσουν**.
6. **Αντίγραφο Εκκαθαριστικού Σημειώματος** οικονομικού έτους 2026 (**χρήση 2025**).
7. **Βεβαίωση για την Απόδειξη Εμπειρίας (Οριστικοποιημένων Ενσήμων) των αποκλειστικών νοσοκόμων από τον Ε.Φ.Κ.Α.** (από όπου προκύπτουν οι ημέρες εργασίας του/της απασχολούμενου/νης **σχετικά και μόνο με τα καθήκοντα του αποκλειστικού/κής,** βάσει της **ΑΔΑ: ΒΕΖΓ4691ΩΓ-ΧΘΛ.**
8. Φωτοτυπία των **δύο (2) σχετικών σελίδων του βιβλιαρίου ΕΦΚΑ** με τα αναγραφόμενα **προσωπικά στοιχεία** και με την **ανανέωση εργασίας** του για το έτος **(2027),** σύμφωνα με την αριθ. **Υ1γ/Γ.Π/οικ.35797** Υπουργική Απόφαση (**ΦΕΚ Β' 1199/11-04-2012**),με ευκρινή τα στοιχεία της αρμόδιας υπηρεσίας και των συνοδών σφραγίδων.
9. ***Πιστοποιητικό Υγείας*** *εργαζομένων σε επιχειρήσεις υγειονομικού ενδιαφέροντος:* ***(αντίγραφο*** *αυτού που καταθέτετε στον* ***ΕΦΚΑ).***
10. **Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης.**
11. Απλό **φωτοαντίγραφο** των **δύο όψεων του ατομικού δελτίου ταυτότητας** ή για τους αλλοδαπούς, **επικυρωμένα αντίγραφα** των κρίσιμων σελίδων του **διαβατηρίου** καθώς και **αντίγραφο της άδειας παραμονής, υποχρεωτικά και μόνο από Δικηγόρο.** Τα αντίγραφα πρέπει να είναι ευκρινή.
12. **Ποινικό Μητρώο** Γενικής Χρήσης. (Χρονικής ισχύος έως **ΤΡΙΩΝ μηνών,** από την ημερομηνία έκδοσής του). **(ΦΕΚ Β΄/ 3289 / 28-06-2022).**
13. Βεβαίωση **Α.Μ.Κ.Α.**
14. Δύο **(2) πρόσφατες έγχρωμες φωτογραφίες** (σύμφωνα με τις αναφερόμενες προδιαγραφές).

Α ί τ η σ η Β - 27 (αιτούντες **για περισσότερες από μία (1)** εγγραφή):

1. **Αντίγραφο Εκκαθαριστικού Σημειώματος** προηγούμενου οικονομικού έτους 2026 (**χρήση 2025**).
2. **Βεβαίωση για την Απόδειξη Εμπειρίας (Οριστικοποιημένων Ενσήμων) των αποκλειστικών νοσοκόμων από τον Ε.Φ.Κ.Α,** (από όπου προκύπτουν οι ημέρες εργασίας του/της απασχολούμενου/νης **σχετικά και μόνο με τα καθήκοντα του αποκλειστικού/κής**, βάσει της **ΑΔΑ: ΒΕΖΓ4691ΩΓ-ΧΘΛ.**)
3. **Φωτοτυπία των δύο (2) σχετικών σελίδων του βιβλιαρίου ΕΦΚΑ** με τα αναγραφόμενα **προσωπικά στοιχεία** και με την **ανανέωση εργασίας** του για το έτος **(2027),**με ευκρινή τα στοιχεία της αρμόδιας υπηρεσίας και των συνοδών σφραγίδων.
4. ***Πιστοποιητικό Υγείας*** *εργαζομένων σε επιχειρήσεις υγειονομικού ενδιαφέροντος.* ***(αντίγραφο*** *αυτού που καταθέτετε στον* ***ΕΦΚΑ).***
5. **Ποινικό Μητρώο** Γενικής Χρήσης.(Χρονικής ισχύος έως **ΤΡΙΩΝ μηνών,** από την ημερομηνία έκδοσής του).
6. **Δύο (2) πρόσφατες έγχρωμες φωτογραφίες** (σύμφωνα με τις αναφερόμενες προδιαγραφές).
7. Οποιοδήποτε πιστοποιητικό ή δικαιολογητικό **η ισχύς του οποίου έχει λήξει ή έχει διαφοροποιηθεί** (π.χ πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, άδεια παραμονής, Διαβατήριο, ταυτότητα, κ.ά)

Α ί τ η σ η Γ - 27 (αιτούντες χωρίς επιλογή Δομών):

1. **Βεβαίωση** (πρώην άδεια) **Άσκησης Επαγγέλματος** Νοσηλευτή/τριας ή Βοηθού Νοσηλευτή/τριας.
2. **Άδεια εργασίας** από τον **ΕΦΚΑ**
3. **Αντίγραφο οποιουδήποτε πτυχίου ή διπλώματος ή τίτλου σπουδών** κατηγορίας **ΠΕ** ή **ΤΕ** ή μετα-δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ή **ΔΕ** της ημεδαπής **με** ισότιμο τίτλο Ιδρυμάτων και Σχολών της αλλοδαπής, το οποίο οδηγεί στην απόκτηση της άδειας εργασίας.
4. **Ισοτιμία** & αντιστοιχία του τίτλου σπουδών (για τα **πτυχία** που προέρχονται **από Ιδρύματα του εξωτερικού).** ΔΟΑΤΑΠ ή πρώην ΔΙΚΑΤΣΑ, ή Πρώην ΙΤΕ. Για τα προερχόμενα από την ΕΕ, από το ΣΑΕΠ ή το ΣΕΑΤΕΚ, η ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΟΠΠΕΠ.
5. **Πιστοποιητικό Ελληνομάθειας,** τουλάχιστον για την κατηγορία της **Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (ΥΕ) Επιπέδου Α2** για ειδικούς επαγγελματικούς σκοπούς,(για όσους δεν διαθέτουν την ελληνική ιθαγένεια) προκειμένου να πιστοποιείται η επάρκειά τους στην κατανόηση και τη χρήση της ελληνικής γλώσσας. Από την ανωτέρω υποχρέωση **εξαιρούνται** οι ομογενείς, **κάτοχοι ειδικού δελτίου ταυτότητας ομογενών,** του οποίου ευκρινές αντίγραφο **οφείλουν και να καταθέσουν**.
6. **Αντίγραφο Εκκαθαριστικού Σημειώματος** του προηγούμενου οικονομικού έτους 2026 (**χρήση 2025**).
7. **Βεβαίωση για την Απόδειξη Εμπειρίας (Οριστικοποιημένων Ενσήμων) των αποκλειστικών νοσοκόμων από τον Ε.Φ.Κ.Α.** (από όπου προκύπτουν οι ημέρες εργασίας του/της απασχολούμενου/νης **σχετικά και μόνο με τα καθήκοντα του αποκλειστικού/κής**, βάσει της **ΑΔΑ: ΒΕΖΓ4691ΩΓ-ΧΘΛ.**
8. Φωτοτυπία των δύο **(2) σχετικών σελίδων του βιβλιαρίου ΕΦΚΑ** με τα αναγραφόμενα **προσωπικά στοιχεία** και με την **ανανέωση εργασίας** του για το έτος **(2027),** σύμφωνα με την αριθ. **Υ1γ/Γ.Π/οικ.35797** Υπουργική Απόφαση (**ΦΕΚ Β' 1199/11-04-2012**), με ευκρινή τα στοιχεία της αρμόδιας υπηρεσίας και των συνοδών σφραγίδων).
9. ***Πιστοποιητικό Υγείας*** *εργαζομένων σε επιχειρήσεις υγειονομικού ενδιαφέροντος.* ***(αντίγραφο*** *αυτού που καταθέτετε στον* ***ΕΦΚΑ).***
10. **Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης.**
11. Απλό **φωτοαντίγραφο** των **δύο όψεων του ατομικού δελτίου ταυτότητας** ή για τους αλλοδαπούς, **επικυρωμένα αντίγραφα** των κρίσιμων σελίδων του **διαβατηρίου** καθώς και **αντίγραφο της άδειας παραμονής, υποχρεωτικά και μόνο από Δικηγόρο.** Τα αντίγραφα πρέπει να είναι ευκρινή.
12. **Ποινικό Μητρώο** Γενικής Χρήσης. (Χρονικής ισχύος έως **τριών (3) μηνών,** από την ημερομηνία έκδοσής του).
13. **Βεβαίωση Α.Μ.Κ.Α.**

14.Δύο (2) πρόσφατες έγχρωμες φωτογραφίες.

Η αίτηση συνοδεύεται από δύο (2) Φωτογραφίες, όπου στην **πίσω όψη** θα αναγράφονται το **Ονοματεπώνυμο** & ο **Α.Μ. ΥΠΕ** που αναφέρεται στην κάρτα εργασίας.{(αφορά στις **Αιτήσεις Β** & στις **Αιτήσεις Γ** (όσες εκ των οποίων κατατίθενται για περισσότερες από μία φορά)}.

Τα ανωτέρω αναφερόμενα έντυπα:

α. των Αιτήσεων – Υ/Δ Α - 27, Β - 27 ή Γ - 27 .
β. η Βεβαίωση ΕΦΚΑ (ΑΔΑ:ΒΕΖΓ4691ΩΓ-ΧΘΛ)
γ. η Εξουσιοδότηση σε περίπτωση **Μη ταυτοπρόσωπης** κατάθεσης των Αιτήσεων,
δ. ο Πίνακας Υγειονομικών Μονάδων της 1ης ΥΠΕ
ε. οι Προδιαγραφές Φωτογραφιών

χορηγούνται :

Ι. από την **Υπηρεσία** μας **(Πρωτόκολλο)**

ΙΙ. μέσω της **ιστοσελίδας** της Υπηρεσίας (**www.1dype.gov.gr**).

Παρακαλούμε για την **ορθή συμπλήρωση όλων των στοιχείων** καθώς και την **επισύναψη όλων των απαραίτητων εγγράφων** (σε μορφή **pdf**). Στην περίπτωση που η αίτηση υποβληθεί **ηλεκτρονικά, γίνεται αποδεκτή**, εφόσον είναι **πλήρως συμπληρωμένη υπογεγραμμένη** και με συνημμένα **όλα** τα απαραίτητα **δικαιολογητικά. Οι δομές επιλέγονται αρχικά και δεν επιδέχονται καμιά τροποποίηση στη συνέχεια. Ανυπόγραφες, εκπρόθεσμες** ή **ελλιπείς** αιτήσεις, δεν θα ληφθούν υπόψη.

Αιτήσεις **κατατίθενται** μέσω:

1. **Email: protokollo@1dype.gov.gr,**
2. **ΕΛΤΑ,** ή εταιρεία **ταχυμεταφοράς** (courier), **στην κάτωθι Ταχυδρομική Δ/νση:**

1η ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ
Δ/νση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού
Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
Τμήμα Διαχείρισης Ανθρωπίνων Πόρων
ΖΑΧΑΡΩΦ 3 - 11521 - ΑΘΗΝΑ
(για εγγραφή στο Μητρώο Αποκλειστικών Νοσοκόμων **)**

3. **Αυτοπροσώπως,** από **09:30 π.μ.** έως **14:00 μ.μ.** καθημερινά στο ***ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ,* από Δευτέρα 16-11-2026 έως και Πέμπτη 31-12-2026**

Το εμπρόθεσμο των αιτήσεων, κρίνεται με βάση την **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ** (σφραγίδα ταχυδρομείου) στα **ΕΛΤΑ,** (συστημένη επιστολή) ή τις **ταχυμεταφορές** ή του **e-mail.**
(Καταληκτική Ημερομηνία: Πέμπτη 31-12-2026)

Παρακαλούμε για τη **δημοσιοποίηση της παρούσας & την ανάρτησή** της σε εμφανές σημείο του **Πίνακα Ανακοινώσεων** των Υπηρεσιών σας, για την καλύτερη δυνατή και άμεση ενημέρωση των ενδιαφερόμενων. Η παρούσα να αναρτηθεί στον **Πίνακα Ανακοινώσεων της Κεντρικής Υπηρεσίας της 1ης ΥΠΕ και** να δημοσιοποιηθεί στην ιστοσελίδα της (**www.1dype.gov.gr**) **με τα συνοδευτικά έντυπα.**

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΟΛΓΑ ΜΠΑΛΑΟΥΡΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΓΚΟΥΝΤΣΙΜΑΚΗ ΦΑΪΝΗ

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ

ΑΙΤΗΣΗ - ΥΔ **Α-27** (ΣΕΛ. 2).
ΑΙΤΗΣΗ - ΥΔ **Β-27** (ΣΕΛ. 3)
ΑΙΤΗΣΗ - ΥΔ **Γ-27** (ΣΕΛ. 3)
ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ **ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΕΦΚΑ**
ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ **ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑΣ**
ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ, σε περίπτωση μη ταυτοπρόσωπης κατάθεσης των Αιτήσεων.
ΠΙΝΑΚΑΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ 1ης Υ.ΠΕ

Πίνακας Αποδεκτών:

Με την υποχρέωση ανάρτησης της παρούσας σε εμφανές σημείο στον Πίνακα Ανακοινώσεων της Υπηρεσίας σας

1. **Όλα τα Νοσοκομεία αρμοδιότητας 1ης ΥΠΕ Αττικής**
2. **Ιδιωτικές Κλινικές**
3. **α) 401 ΓΣΝΑ,**
   β)251 Γ. Ν. ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ,
   γ) 417 ΝΟΣΗΛ. ΙΔΡΥΜΑ ΜΕΤΟΧΙΚΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ ΣΤΡΑΤΟΥ,
   δ) ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

Εσωτερική Διανομή:

- Γραφείο Κας Διοικήτριας 1ης Υ.ΠΕ.
- Κ.κ. Υποδιοικητές 1ης Υ.ΠΕ.
- Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού (Δ3)
- Διεύθυνση Πληροφορικής (Δ4) (**για καταχώριση της παρούσας στην Ιστοσελίδα της Υπηρεσίας**).
- Πρωτόκολλο **(για ανάρτηση της παρούσας σε εμφανές σημείο του Πίνακα Ανακοινώσεων.**

Κοινοποίηση:

1.Υπουργείο Υγείας

I. Γενική Δ/νση Υπηρεσιών Υγείας- Δ/νση Νοσηλευτικής – **Τμήμα Α΄**
E-mail: dnos_a@moh.gov.gr

II. Γενική Δ/νση Ανθρώπινων Πόρων
Δ/νση Ανθρώπινων Πόρων ΝΠ & Διοικητικής Υποστήριξης – **Τμήμα Β΄**
E-mail: prosop_np_b@moh.gov.gr

III. Αυτοτελές Τμήμα Οργάνωσης & Λειτουργίας Υ.ΠΕ.
E-mail:tolype@moh.gov.gr

IV. Δ/νση Οργάνωσης & Λειτουργίας Μονάδων & Εποπτευομένων φορέων -Τμήμα Ιδιωτικών_Κλινικών
E-mail:damy@moh.gov.gr

2._Γενική Δ/νση Δημόσιας Υγείας Περιφέρειας Αττικής – Δ/νση Δημόσιας Υγείας – Τμήμα Υπηρεσιών & Επαγγελμάτων Υγείας (με την παράκληση να μεριμνήσουν προκειμένου να αποσταλεί η παρούσα στις Ιδιωτικές Κλινικές αρμοδιότητας 1ης ΥΠΕ Αττικής).
E-mail:gdym@patt.gov.gr
(Λ. Αλεξάνδρας 196 – 11521, Αθήνα).

3. ΕΦΚΑ – Αυτοτελές τμήμα Γενικού Πρωτοκόλλου (με την παράκληση να μεριμνήσουν για την ενημέρωση των υποκαταστημάτων τους προκειμένου να εκδώσουν την σχετική **βεβαίωση ενσήμων**, σύμφωνα με το υπ' αριθ.: **Α21/404/13/11-6-2013 (ΑΔΑ: ΒΕΖΓ4691ΩΓ-ΧΘΛ)** έγγραφο τους Διοίκησης του ΕΦΚΑ (τ. ΙΚΑ), **τα μπλοκ αποδείξεων καθώς και τις άδειες εργασίας**, σε περίπτωση που αυτά ζητηθούν από τους ενδιαφερομένους).
E-mail:protocol@efka.gov.gr
(Ακαδημίας 22 – ΤΚ 10671 Αθήνα**)**

4. Πανελλαδική Ένωση Νοσοκόμων – Νοσηλευτριών Αποκλειστικής Απασχόλησης «ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ»
E-mail:enosiallileggyi@gmail.com (με την παράκληση να ενημερώσουν τα μέλη τους**)**
(Γ΄ Σεπτεμβρίου 48 Β – 10433, Αθήνα. τηλ.: 210-8228095).

ΑΙΤΗΣΗ A-27

1Η ΥΠΕ ΑΙΤΗΣΗ – Υ.Δ. ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2027

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)			
ΠΡΟΣ: Διοίκηση 1ης ΥΠΕ			
ΕΠΩΝΥΜΟ:		**ΟΝΟΜΑ:**	
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:			
Όνομα και Επώνυμο Συζύγου:			
Ημερομηνία γέννησης:		**Τόπος Γέννησης:**	
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		**Αριθμός Διαβατηρίου:**	
Υπηκοότητα:	**ΑΦΜ:**	**ΔΟΥ:**	
Τόπος Κατοικίας:	**Οδός:**	**Αριθμός:**	**ΤΚ:**
ΑΜΚΑ:	**ΑΜΑ:**	**ΑΜΕ:**	**ΒΙΒΛ. ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ Νο:**
Σταθερό.:	**Κινητό:**	**e-mail:**	

Με την παρούσα, παρακαλώ όπως με **εγγράψετε στο Μητρώο Αποκλειστικών Νοσοκόμων** που θα καταρτισθεί στην 1η ΥΠΕ Αττικής για το έτος **2026**, προκειμένου να παράσχω τις υπηρεσίες μου στα **Νοσοκομεία ΕΣΥ**, στα **Στρατιωτικά Νοσοκομεία** & τις **Ιδιωτικές Κλινικές**, που εμπίπτουν στην αρμοδιότητά σας υποβάλλοντας συνημμένα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά (πρωτότυπα ή αντίγραφα αυτών) όπως αυτά αναγράφονται στην σελ. 3 της Αίτησης και δηλώνοντας με ατομική μου ευθύνη γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της **παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986**, ότι:

1. Συναινώ στην διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων καθώς και λοιπών στοιχείων για τους σκοπούς της Αίτησής μου, σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προσωπικών Δεδομένων.

2. Αποδέχομαι την πραγματοποίηση οποιουδήποτε ελέγχου για την ακρίβεια των στοιχείων που καταθέτω καθώς & των προσκομιζόμενων συνημμένων δικαιολογητικών, ότι είναι **αληθή** κατά το περιεχόμενό τους & **γνήσια** αντίγραφα εκ των πρωτοτύπων (τίτλοι σπουδών, κ.λ.π.). για των οποίων την επιβεβαίωση της γνησιότητας – όποτε & εάν η υπηρεσία σας κρίνει – δίνω την συγκατάθεσή μου.

3. Γνωρίζω ότι, εάν από **καταγγελία ή αυτεπάγγελτο έλεγχο ή από οποιονδήποτε έλεγχο** των αποδεικτικών στοιχείων προκύψει οποιαδήποτε διαφορά ή ανακρίβεια με όσα δηλώνω στην υπεύθυνη δήλωση, **τότε θα διαγραφώ από το Μητρώο των Αποκλειστικών και θα υποστώ τις προβλεπόμενες ποινικές κυρώσεις** σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1599/1986.

4. Γνωρίζω επίσης, ότι έχω δικαίωμα υποβολής Αίτησης συμμετοχής στο ΕΘΝΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ, **Μ Ο Ν Ο** σε μία **(1)** Υγειονομική Περιφέρεια **(ΥΠΕ),** κατά το ίδιο έτος.

5. Για κάθε τυχόν μεταβολή των στοιχείων τα οποία κατέθεσα, **γνωρίζω ότι** οφείλω να προβώ σε γραπτή ενημέρωσή σας άμεσα (π.χ. οικογενειακή κατάσταση, ανανέωση Διαβατηρίου, ανανέωση άδειας παραμονής, κ.α.).

6. Δηλώνω ότι δεν έχω καταδικασθεί αμετάκλητα για οποιαδήποτε κακούργημα και σε οποιαδήποτε ποινή για τα αδικήματα της κλοπής, υπεξαίρεσης απάτης, εκβίασης, πλαστογραφίας, παραχάραξης ή κιβδηλείας δωροδοκίας καταπίεσης, συκοφαντικής δυσφήμησης, αρπαγής προσώπου, καθώς και για οποιαδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ζωής ή της νομοθεσίας περί ναρκωτικών, όπλων και πυρομαχικών.

7. Δηλώνω επίσης, ότι δεν έχω παραπεμφθεί αμετάκλητα για κακούργημα ή οποιαδήποτε πλημμέλημα των ανωτέρω περιπτώσεων.

8.: .....

ΑΘΗΝΑ, .../...../ 2026 **Ο/Η Δηλών – ούσα (υπογραφή)**.....

ΕΠΙΛΟΓΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ - ΚΛΙΝΙΚΩΝ

Προκειμένου να παράσχω τις υπηρεσίες μου στις Δομές Υγείας αρμοδιότητάς σας, δηλώνω ότι η σειρά προτίμησής μου είναι:

1.:.....

2.:.....

3.:.....

(Δηλώνονται υποχρεωτικά τρία (3) Νοσοκομεία ή Κλινικές της αρεσκείας σας)

ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ **(ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΜΕ Χ ή ✓)**

Α. ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ (Οικογενειακή Κατάσταση)	
ΠΟΛΥΤΕΚΝΟΣ ή ΤΕΚΝΟ ΠΟΛΥΤΕΚΝΩΝ	
ΓΟΝΕΑΣ ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ή ΤΕΚΝΟ ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΗΛΙΚΩΝ ΤΕΚΝΩΝ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΚΝΩΝ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	
ΑΓΑΜΟΣ / Η	
ΕΓΓΑΜΟΣ / Η	
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ / Η	
ΧΗΡΟΣ / Α – ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	

Β. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ (Οικογενειακό Εισόδημα)	
0,00 € ΕΩΣ 6.900,00€	
6.900,01€ ΕΩΣ 12.000,00€	
12.000,01€ ΕΩΣ 16.000,00€	
16.000,01€ ΕΩΣ 22.000,00€	
22.000,01€ ΚΑΙ ΑΝΩ	

Γ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ (Ενσημα ΙΚΑ)	
300	
600	
900	
1200	
1500	
1800	
2100	
2400	
2700	
3000	
3300	
3600	
3900	
4200	
4500	

ΑΘΗΝΑ, .../...../ 2026 **ο/η Δηλών – ούσα (υπογραφή).....**

Α-27

α/α	ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ Άρθρα 2 & 3-Γ6α/Γ.Π.οικ.36622/2022 (ΦΕΚ 3289/Β/28-06-2022).	Χ
1.	**Βεβαίωση** (πρώην άδεια) **Άσκησης Επαγγέλματος** Νοσηλευτή/τριας ή Βοηθού Νοσηλευτή/τριας.	
2.	**Άδεια εργασίας** αποκλειστικού/ής από τον **ΕΦΚΑ**	
3.	**Αντίγραφο** οποιουδήποτε **πτυχίου ή διπλώματος ή τίτλου σπουδών** κατηγορίας **ΠΕ** ή **ΤΕ** ή **μεταδευτεροβάθμιας** εκπαίδευσης ή **ΔΕ** της ημεδαπής με ισότιμο τίτλο Ιδρυμάτων και Σχολών της αλλοδαπής, το οποίο οδηγεί σε απόκτηση της **άδειας εργασίας** *από **ΕΦΚΑ***.	
4.	**Ισοτιμία και αντιστοιχία του τίτλου σπουδών.** Για πτυχία που προέρχονται από ιδρύματα του Εξωτερικού: από **Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π** ή πρώην ΔΙ.Κ.Α.Τ.Σ.Α ή το πρώην Ι.Τ.Ε. Για πτυχία προερχόμενα από τα κράτη της ΕΕ: από το Α.Τ.Ε.Ε.Ν, Σ.Α.Ε.Π ή το Σ.Ε.Α.Τ.Ε.Κ ή από τον **Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π**.	
5.	**Πιστοποιητικό Ελληνομάθειας**, τουλάχιστον για την κατηγορία της Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης **(ΥΕ) Επιπέδου Α2 για ειδικούς επαγγελματικούς σκοπούς**, (για όσους *δεν διαθέτουν ελληνική ιθαγένεια).* Οι **ομογενείς, προκειμένου να εξαιρεθούν, οφείλουν να καταθέσουν αντίγραφο του ειδικού δελτίου ταυτότητας ομογενών.**	
6.	Αντίγραφο Εκκαθαριστικού Σημειώματος του προηγούμενου οικονομικού έτους. **(2026) – ΧΡΗΣΗ 2025.**	
7.	**Βεβαίωση Ασφαλιστικού Φορέα (ΕΦΚΑ),** από την οποία προκύπτουν τα **οριστικοποιημένα ένσημα** της/του απασχολούμενης/ου, με αντικείμενο εργασίας **αυτό και μόνο** του αποκλειστικού/κής (βάσει της ΑΔΑ: ΒΕΖΓ4691ΩΓ-ΧΘΛ).	
8.	Φωτοτυπία των δύο (2) σχετικών σελίδων του βιβλιαρίου **ΕΦΚΑ** με την **ανανέωση άδειας για το νέο έτος (2027),** καθώς & της αντίστοιχης σελίδας με τα προσωπικά στοιχεία σύμφωνα με την υπ' αριθ.: **Υ1γ/Γ.Π/οικ.35797 (ΦΕΚ Β' 1199/11-04-2012) Υ**πουργική **Α**πόφαση.	
9.	***Πιστοποιητικό Υγείας*** *εργαζομένων σε επιχειρήσεις Υγειονομικού Ενδιαφέροντος (αντίγραφο αυτού που καταθέτεται στον **ΕΦΚΑ**).*	
10.	Πιστοποιητικό Οικογενειακής κατάστασης.	
11.	Απλό φωτοαντίγραφο των **δύο όψεων** του **ατομικού δελτίου ταυτότητας** ή για τους αλλοδαπούς **επικυρωμένα αντίγραφα των** κρίσιμων σελίδων του **διαβατηρίου** και αντίγραφο της **άδειας παραμονής, υποχρεωτικά & ΜΟΝΟ** από ΔΙΚΗΓΟΡΟ**.**	
12.	Αντίγραφο **Ποινικού Μητρώου** ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ, χρονικής ισχύος **ΟΧΙ** πέραν των τριών (3) μηνών, από την ημερομηνία έκδοσής του. **(ΦΕΚ Β΄/ 3289 / 28-06-2022)**	
13.	Βεβαίωση **ΑΜΚΑ**	
14.	**Δυο (2) πρόσφατες έγχρωμες φωτογραφίες** (σύμφωνα με τις αναφερόμενες προδιαγραφές).	

Σημείωση: *Τα **ξενόγλωσσα πτυχία** και **πιστοποιητικά** πρέπει **απαραίτητα να έχουν μεταφραστεί** επίσημα στην **ελληνική** γλώσσα από τις αρμόδιες προς τούτο αρχές και τα φωτοαντίγραφα τους, να είναι **ευκρινή** και **επικυρωμένα** από δικηγόρο.*

ΑΙΤΗΣΗ Β – 27

1η ΥΠε **ΑΙΤΗΣΗ** – Υ.Δ. Εγγραφής στο Μητρώο Αποκλειστικών για το έτος **2027**

Αριθμός Μητρώου Αποκλειστικού/ης: .....

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν1599/1986)			
ΠΡΟΣ: Διοίκηση 1ης ΥΠΕ			
ΕΠΩΝΥΜΟ:		**ΟΝΟΜΑ:**	
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:			
Όνομα και Επώνυμο Συζύγου:			
Ημερομηνία γέννησης:		**Τόπος Γέννησης:**	
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		**Αριθμός Διαβατηρίου:**	
Υπηκοότητα:	**ΑΦΜ:**	**ΔΟΥ:**	
Τόπος Κατοικίας:	**Οδός:**	**Αριθμός:**	**ΤΚ:**
ΑΜΚΑ:	**ΑΜΑ:**	**ΑΜΕ:**	**ΒΙΒΛ. ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ No:**
Σταθερό Τηλ.:	**Κινητό:**	**e-mail:**	

Με την παρούσα, παρακαλώ όπως **ανανεώσετε την εγγραφή μου στο Μητρώο Αποκλειστικών Νοσοκόμων** που θα καταρτισθεί στην 1η ΥΠΕ Αττικής για το έτος **2026,** προκειμένου να παράσχω τις υπηρεσίες μου στα **Νοσοκομεία ΕΣΥ, Στρατιωτικά Νοσοκομεία** & τις **Ιδιωτικές Κλινικές** που εμπίπτουν στην αρμοδιότητά σας, υποβάλλοντας συνημμένα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά (πρωτότυπα ή αντίγραφα αυτών) όπως αυτά αναγράφονται στην σελ. 3 της Αίτησης και δηλώνοντας με ατομική μου ευθύνη γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της **παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986**, ότι:

1. **Συναινώ** στην διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων καθώς και λοιπών στοιχείων για τους σκοπούς της Αίτησής μου, σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προσωπικών Δεδομένων.

2. Αποδέχομαι την πραγματοποίηση οποιουδήποτε ελέγχου για την ακρίβεια των στοιχείων που καταθέτω καθώς & των προσκομιζόμενων συνημμένων δικαιολογητικών, ότι είναι **αληθή** κατά το περιεχόμενό τους & **γνήσια** αντίγραφα εκ των πρωτοτύπων (τίτλοι σπουδών, κ.λ.π.). για των οποίων την επιβεβαίωση της γνησιότητας – όποτε και εάν η υπηρεσία σας κρίνει – δίνω την συγκατάθεσή μου.

3. Γνωρίζω ότι, εάν από **καταγγελία ή αυτεπάγγελτο έλεγχο ή από οποιονδήποτε έλεγχο** των αποδεικτικών στοιχείων προκύψει οποιαδήποτε διαφορά ή ανακρίβεια με όσα δηλώνω στην υπεύθυνη δήλωση, **τότε θα διαγραφώ από το Μητρώο των Αποκλειστικών και θα υποστώ τις προβλεπόμενες ποινικές κυρώσεις** σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1599/1986.

4. Γνωρίζω επίσης, ότι έχω δικαίωμα υποβολής Αίτησης συμμετοχής στο ΕΘΝΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ, **Μ Ο Ν Ο σε μία (1)** Υγειονομική Περιφέρεια **(ΥΠΕ)**, κατά το ίδιο έτος.

5. Τα έγγραφα τα οποία ήδη έχω υποβάλλει σε προηγούμενες Αιτήσεις μου, δεν έχουν μεταβληθεί εκτός αυτών που καταθέτω σήμερα με την συμπληρωματική – ανανεωτική αυτή αίτηση.

6. Για κάθε τυχόν **μεταβολή των στοιχείων** τα οποία κατέθεσα, **γνωρίζω ότι** οφείλω να προβώ σε γραπτή ενημέρωσή σας άμεσα (π.χ. οικογενειακή κατάσταση, ανανέωση Διαβατηρίου, ανανέωση άδειας παραμονής, κ.α.).

7. Δηλώνω ότι δεν έχω καταδικασθεί αμετάκλητα για οποιαδήποτε κακούργημα και σε οποιαδήποτε ποινή για τα αδικήματα της κλοπής, υπεξαίρεσης απάτης, εκβίασης, πλαστογραφίας, παραχάραξης ή κιβδηλείας δωροδοκίας καταπίεσης, συκοφαντικής δυσφήμησης, αρπαγής προσώπου, καθώς και για οποιαδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ζωής ή της νομοθεσίας περί ναρκωτικών, όπλων και πυρομαχικών.

8. Δηλώνω επίσης, ότι δεν έχω παραπεμφθεί αμετάκλητα για κακούργημα ή οποιαδήποτε πλημμέλημα των ανωτέρω περιπτώσεων.

9.: .....

ΑΘΗΝΑ, .../..../2026 **Ο/Η Δηλών - ούσα (υπογραφή) .....**

Β - 27

ΕΠΙΛΟΓΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ - ΚΛΙΝΙΚΩΝ

Προκειμένου να παράσχω τις υπηρεσίες μου στις Δομές Υγείας αρμοδιότητάς σας, δηλώνω ότι η σειρά προτίμησής μου είναι:

1.:.....

2.:.....

3.:.....

(Δηλώνονται υποχρεωτικά τρία (3) Νοσοκομεία ή Κλινικές της αρεσκείας σας).

ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ **(ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΜΕ Χ ή ✓)**

Α. ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ (Οικογενειακή Κατάσταση)	
ΠΟΛΥΤΕΚΝΟΣ ή ΤΕΚΝΟ ΠΟΛΥΤΕΚΝΩΝ	
ΓΟΝΕΑΣ ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ή ΤΕΚΝΟ ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΗΛΙΚΩΝ ΤΕΚΝΩΝ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΚΝΩΝ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	
ΑΓΑΜΟΣ / Η	
ΕΓΓΑΜΟΣ / Η	
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ / Η	
ΧΗΡΟΣ / Α – ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	

Β. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ (Οικογενειακό Εισόδημα)	
0,00 € ΕΩΣ 6.900,00€	
6.900,01€ ΕΩΣ 12.000,00€	
12.000,01€ ΕΩΣ 16.000,00€	
16.000,01€ ΕΩΣ 22.000,00€	
22.000,01€ ΚΑΙ ΑΝΩ	

Γ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ (Ένσημα ΙΚΑ)	
300	
600	
900	
1200	
1500	
1800	
2100	
2400	
2700	
3000	
3300	
3600	
3900	
4200	
4500	

ΑΘΗΝΑ, .../..../2026 **Ο/Η Δηλών - ούσα (υπογραφή)** .....

Β - 27

α/α	ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ Άρθρο 3-Γ6α/Γ.Π.οικ.36622/2022 (ΦΕΚ 3289/Β/28-06-2022).	Χ
1.	**Εκκαθαριστικό Σημείωμα** προηγούμενου οικονομικού έτους **(2026) – ΧΡΗΣΗ 2025.**	
2.	**Βεβαίωση οριστικοποιημένων Ενσήμων** Ασφαλιστικού Φορέα (ΕΦΚΑ), σχετικά ΜΟΝΟ με καθήκοντα Αποκλειστικού/κής & ΜΟΝΟ για το προηγούμενο έτος. (βάσει της ΑΔΑ: ΒΕΖΓ4691ΩΓ-ΧΘΛ).	
3.	Φωτοτυπία της σχετικής σελίδας του βιβλιαρίου **ΕΦΚΑ** με την **ανανέωση άδειας εργασίας για το ΝΕΟ έτος (2027)**, καθώς και της αντίστοιχης σελίδας με τα προσωπικά στοιχεία, σύμφωνα με την υπ' αριθ.: **Υ1γ/Γ.Π/οικ.35797 (ΦΕΚ Β' 1199/11-04-2012)** Υπουργική Απόφαση.	
4.	**Πιστοποιητικό Υγείας** εργαζομένων σε επιχειρήσεις υγειονομικού ενδιαφέροντος (αντίγραφο αυτού που καταθέτετε στον **ΕΦΚΑ**).	
5.	Οποιοδήποτε πιστοποιητικό ή δικαιολογητικό **η ισχύς του οποίου έχει λήξει ή έχει διαφοροποιηθεί** (π.χ. πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, άδεια παραμονής, διαβατήριο, ταυτότητα, κ.ά.). **Υπενθυμίζουμε** ότι τα αντίγραφα των κρίσιμων στοιχείων του **Διαβατηρίου** όπως & της **άδειας παραμονής** πρέπει να είναι **επικυρωμένα** και **ΜΟΝΟ** ΑΠΟ **ΔΙΚΗΓΟΡΟ**.	
6.	Αντίγραφο **Ποινικού Μητρώου** ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ χρονικής ισχύος τριών (3) μηνών , από την ημερομηνία έκδοσής του. **(ΦΕΚ Β΄/ 3289 / 28-06-2022)**	
7.	**Δυο (2) πρόσφατες έγχρωμες φωτογραφίες** (σύμφωνα με τις αναφερόμενες προδιαγραφές).	

Σημείωση: *Τα **ξενόγλωσσα πτυχία** και **πιστοποιητικά** πρέπει **απαραίτητα να έχουν μεταφραστεί** επίσημα στην **ελληνική** γλώσσα από τις αρμόδιες προς τούτο αρχές και τα φωτοαντίγραφα τους, να είναι **ευκρινή** και **επικυρωμένα** από δικηγόρο.*

ΑΙΤΗΣΗ Γ – 27

1η ΥΠΕ **ΑΙ*ΤΗΣΗ***-Υ.Δ. Εγγραφής στο Μητρώο Αποκλειστικών για το **ΕΤΟΣ - 2027**

➢ (ΧΩΡΙΣ ΕΠΙΛΟΓΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ / ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ) **Α.Μ:** .....(ΌΤΑΝ δεν αιτήστε για 1η φορά).

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν1599/1986)

ΠΡΟΣ: Διοίκηση 1ης ΥΠΕ			
ΕΠΩΝΥΜΟ:		**ΟΝΟΜΑ:**	
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:			
Όνομα και Επώνυμο Συζύγου:			
Ημερομηνία γέννησης:		**Τόπος Γέννησης:**	
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		**Αριθμός Διαβατηρίου:**	
Υπηκοότητα:	**ΑΦΜ:**	**ΔΟΥ:**	
Τόπος Κατοικίας:	**Οδός:**	**Αριθμός:**	**ΤΚ:**
ΑΜΚΑ:	**ΑΜΑ:**	**ΑΜΕ:**	**ΒΙΒΛ. ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ Ν°:**
Σταθερό Τηλ.:	**Κινητό:**	**e-mail:**	

Με την παρούσα, παρακαλώ όπως με **εγγράψετε ή ανανεώσετε την εγγραφή μου** στο Μητρώο Αποκλειστικών Νοσοκόμων που θα καταρτισθεί στην 1η ΥΠΕ Αττικής για το έτος **2026**, προκειμένου να παράσχω τις υπηρεσίες μου στα **Νοσοκομεία ΕΣΥ**, στα **Στρατιωτικά Νοσοκομεία** & τις **Ιδιωτικές Κλινικές**, που εμπίπτουν στην αρμοδιότητά σας υποβάλλοντας συνημμένα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά (πρωτότυπα ή αντίγραφα αυτών) όπως αυτά αναγράφονται στην σελ. 3 της Αίτησης και δηλώνοντας με ατομική μου ευθύνη γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της **παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986**, ότι:

1. **Συναινώ** στην διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων καθώς και λοιπών στοιχείων για τους σκοπούς της Αίτησής μου, σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προσωπικών Δεδομένων.

2. Αποδέχομαι την πραγματοποίηση οποιουδήποτε ελέγχου για την ακρίβεια των στοιχείων που καταθέτω καθώς & των προσκομιζόμενων συνημμένων δικαιολογητικών, ότι είναι **αληθή** κατά το περιεχόμενό τους & **γνήσια** αντίγραφα εκ των πρωτοτύπων (τίτλοι σπουδών, κ.λ.π.). για των οποίων την επιβεβαίωση της γνησιότητας – όποτε και εάν η υπηρεσία σας κρίνει – δίνω την συγκατάθεσή μου.

3. Γνωρίζω ότι, εάν από **καταγγελία ή αυτεπάγγελτο έλεγχο ή από οποιονδήποτε έλεγχο** των αποδεικτικών στοιχείων προκύψει οποιαδήποτε διαφορά ή ανακρίβεια με όσα δηλώνω στην υπεύθυνη δήλωση, **τότε θα διαγραφώ από το Μητρώο των Αποκλειστικών και θα υποστώ τις προβλεπόμενες ποινικές κυρώσεις** σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1599/1986.

4. Γνωρίζω επίσης, ότι έχω δικαίωμα υποβολής Αίτησης συμμετοχής στο ΕΘΝΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ, **Μ Ο Ν Ο σε μία (1)** Υγειονομική Περιφέρεια **(ΥΠΕ)**, κατά το ίδιο έτος.

5. Τα ήδη υποβληθέντα έγγραφα που έχουν τυχόν κατατεθεί ως συνημμένα από προηγούμενες Αιτήσεις συμμετοχής μου, δεν έχουν μεταβληθεί εκτός αυτών που σήμερα καταθέτω με την τωρινή Αίτηση.

6. Για κάθε τυχόν **μεταβολή των στοιχείων** τα οποία κατέθεσα, **γνωρίζω ότι** οφείλω να προβώ σε γραπτή ενημέρωσή σας άμεσα (π.χ. οικογενειακή κατάσταση, ανανέωση Διαβατηρίου, ανανέωση άδειας παραμονής, κ.α.).

7. Δηλώνω ότι δεν έχω καταδικασθεί αμετάκλητα για οποιαδήποτε κακούργημα και σε οποιαδήποτε ποινή για τα αδικήματα της κλοπής, υπεξαίρεσης απάτης, εκβίασης, πλαστογραφίας, παραχάραξης ή κιβδηλείας δωροδοκίας καταπίεσης, συκοφαντικής δυσφήμησης, αρπαγής προσώπου, καθώς και για οποιαδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ζωής ή της νομοθεσίας περί ναρκωτικών, όπλων και πυρομαχικών.

8. Δηλώνω επίσης, ότι δεν έχω παραπεμφθεί αμετάκλητα για κακούργημα ή οποιαδήποτε πλημμέλημα των ανωτέρω περιπτώσεων.

9.: .....

ΑΘΗΝΑ, …./…./2026 **Ο/Η ΔΗΛΩΝ-ΟΥΣΑ (υπογραφή)** .....

ΑΙΤΗΣΗ Γ-27

ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ

(ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΜΕ Χ ή ✓)

Α. ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ (Οικογενειακή Κατάσταση)	
ΠΟΛΥΤΕΚΝΟΣ ή ΤΕΚΝΟ ΠΟΛΥΤΕΚΝΩΝ	
ΓΟΝΕΑΣ ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ή ΤΕΚΝΟ ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΗΛΙΚΩΝ ΤΕΚΝΩΝ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΚΝΩΝ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	
ΑΓΑΜΟΣ / Η	
ΕΓΓΑΜΟΣ / Η	
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ / Η	
ΧΗΡΟΣ / Α – ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	

Β. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ (Οικογενειακό Εισόδημα)	
0,00 € ΕΩΣ 6.900,00€	
6.900,01€ ΕΩΣ 12.000,00€	
12.000,01€ ΕΩΣ 16.000,00€	
16.000,01€ ΕΩΣ 22.000,00€	
22.000,01€ ΚΑΙ ΑΝΩ	

Γ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ (Ενσημα ΙΚΑ)	
300	
600	
900	
1200	
1500	
1800	
2100	
2400	
2700	
3000	
3300	
3600	
3900	
4200	
4500	

ΑΘΗΝΑ, .../...../ 2026 **ο/η Δηλών – ούσα (υπογραφή).....**

ΑΙΤΗΣΗ Γ-27

α/α	ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ Άρθρα 2 & 3-Γ6α/Γ.Π.οικ.36622/2022 (ΦΕΚ 3289/Β/28-06-2022).	Χ
1.	**Βεβαίωση** (πρώην άδεια) **Άσκησης Επαγγέλματος** Νοσηλευτή/τριας ή Βοηθού Νοσηλευτή/τριας.	
2.	**Άδεια εργασίας** αποκλειστικού/ής από τον **ΕΦΚΑ**	
3.	**Αντίγραφο** οποιουδήποτε **πτυχίου ή διπλώματος ή τίτλου σπουδών** κατηγορίας **ΠΕ** ή **ΤΕ** ή **μεταδευτεροβάθμιας** εκπαίδευσης ή **ΔΕ** της ημεδαπής με ισότιμο τίτλο Ιδρυμάτων και Σχολών της αλλοδαπής, το οποίο οδηγεί σε απόκτηση της **άδειας εργασίας** *από* ***ΕΦΚΑ.***	
4.	**Ισοτιμία και αντιστοιχία του τίτλου σπουδών.** Για πτυχία που προέρχονται από ιδρύματα του Εξωτερικού: από **Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π** ή πρώην ΔΙ.Κ.Α.Τ.Σ.Α ή το πρώην Ι.Τ.Ε. Για πτυχία προερχόμενα από τα κράτη της ΕΕ: από το Α.Τ.Ε.Ε.Ν, Σ.Α.Ε.Π ή το Σ.Ε.Α.Τ.Ε.Κ ή από τον **Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π**.	
5.	**Πιστοποιητικό Ελληνομάθειας**, τουλάχιστον για την κατηγορία της Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης **(ΥΕ) Επιπέδου Α2 για ειδικούς επαγγελματικούς σκοπούς**, (για όσους *δεν διαθέτουν ελληνική ιθαγένεια).* Οι **ομογενείς, προκειμένου να εξαιρεθούν, οφείλουν να καταθέσουν αντίγραφο του ειδικού δελτίου ταυτότητας ομογενών.**	
6.	Αντίγραφο Εκκαθαριστικού Σημειώματος του προηγούμενου οικονομικού έτους. **(2026) – ΧΡΗΣΗ 2025.**	
7.	**Βεβαίωση Ασφαλιστικού Φορέα (ΕΦΚΑ),** από την οποία προκύπτουν τα **οριστικοποιημένα ένσημα** της/του απασχολούμενης/ου, με αντικείμενο εργασίας **αυτό και μόνο** του αποκλειστικού/κής (βάσει της ΑΔΑ: ΒΕΖΓ4691ΩΓ-ΧΘΛ).	
8.	Φωτοτυπία των δύο (2) σχετικών σελίδων του βιβλιαρίου **ΕΦΚΑ** με την **ανανέωση άδειας για το νέο έτος (2026),** καθώς & της αντίστοιχης σελίδας με τα προσωπικά στοιχεία σύμφωνα με την υπ' αριθ.: **Υ1γ/Γ.Π/οικ.35797 (ΦΕΚ Β' 1199/11-04-2012)** Υπουργική Απόφαση.	
9.	***Πιστοποιητικό Υγείας*** *εργαζομένων σε επιχειρήσεις Υγειονομικού Ενδιαφέροντος (αντίγραφο αυτού που καταθέτεται στον* ***ΕΦΚΑ).***	
10.	Πιστοποιητικό Οικογενειακής κατάστασης.	
11.	Απλό φωτοαντίγραφο των **δύο όψεων** του **ατομικού δελτίου ταυτότητας** ή για τους αλλοδαπούς **επικυρωμένα αντίγραφα των** κρίσιμων σελίδων του **διαβατηρίου** και αντίγραφο της **άδειας παραμονής, υποχρεωτικά & ΜΟΝΟ** από ΔΙΚΗΓΟΡΟ**.**	
12.	**Οποιοδήποτε** πιστοποιητικό ή δικαιολογητικό **η ισχύς του οποίου έχει λήξει ή έχει διαφοροποιηθεί** (π.χ. πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, άδεια παραμονής, διαβατήριο, ταυτότητα, κ.ά.) από προηγούμενες τυχών καταθέσεις εγγράφων συνημμένων με Αιτήσεις από παρελθόντα έτη.	
13.	Αντίγραφο **Ποινικού Μητρώου** ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ, χρονικής ισχύος **ΟΧΙ** πέραν των τριών (3) μηνών, από την ημερομηνία έκδοσής του. **(ΦΕΚ Β΄/ 3289 / 28-06-2022)**	
14.	Βεβαίωση **ΑΜΚΑ**	
15.	**Δυο (2) πρόσφατες έγχρωμες φωτογραφίες** (σύμφωνα με τις αναφερόμενες προδιαγραφές).	

Τα ***ξενόγλωσσα πτυχία*** *και* ***πιστοποιητικά*** *πρέπει* ***απαραίτητα να έχουν μεταφραστεί*** *επίσημα στην* ***ελληνική*** *γλώσσα από τις αρμόδιες προς τούτο αρχές και τα φωτοαντίγραφα τους, να είναι* ***ευκρινή*** *και* ***επικυρωμένα*** *από δικηγόρο.*

ΔΟΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ 1ης ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ 2027		
α/α	ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
1.	251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ***ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ (ΓΝΑ)***	**ΛΕΩΦ. Π. ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΥ 3** (πρώην Κατεχάκη) - **11525** - Λ. ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ / ΑΘΗΝΑ
2.	417 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΜΕΤΟΧΙΚΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ ΣΤΡΑΤΟΥ ***(ΝΙΜΤΣ)***	**ΜΟΝΗΣ ΠΕΤΡΑΚΗ 10 - 12** & ΙΑΣΙΟΥ - **11521** - ΑΘΗΝΑ
3.	ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ***(ΝΝΑ)***	**ΔΕΙΝΟΚΡΑΤΟΥΣ 70 - 11521** - ΑΘΗΝΑ
4.	401 ΓΕΝΙΚΟ ***ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ*** ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ **(ΓΣΝΑ)**	**ΛΕΩΦ. ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 138** & **ΛΕΩΦ. Π. ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΥ 1** (πρώην Κατεχάκη) - **11525** Λ. ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ / ΑΘΗΝΑ
α/α	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ	ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
1.	**ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ** ΑΘΗΝΩΝ ΑΕ	**Μ. ΓΕΡΟΥΛΑΝΟΥ 15, 11524** - ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΟΙ
2.	ΔΙΑΓΝ.& ΝΟΣ. ΚΛΙΝΙΚΗ Ε. **ΔΡΑΓΙΝΗ** Α.Ε - **MEDITERANEO** HOSPITAL ΑΕ	**ΗΛΕΙΑΣ 10-12 16675** - ΓΛΥΦΑΔΑ
3.	**ΕΥΓΕΝΙΔΕΙΟ** ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΑΕ	**ΠΑΠΑΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ 20 - 11528** - ΑΘΗΝΑ
4.	**ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ** Α.Ε	**ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ 9 11521** - ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΟΙ
5.	**ΙΑΣΩ** Α.Ε.	**Λ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ 37-39, 15123** - ΜΑΡΟΥΣΙ
6.	**ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ** Ε.Α.Ε	**ΔΙΣΤΟΜΟΥ 5-7, 15125** - ΜΑΡΟΥΣΙ
7.	**ΙΑΤΡΙΚΟ** ΑΘΗΝΩΝ Ε.Α.Ε.-ΚΛΙΝ **ΠΑΛ ΦΑΛΗΡ.**	**ΆΡΕΩΣ 36, 175 62** - Π. ΦΑΛΗΡΟ
8.	**ΙΑΤΡΙΚΟ** ΚΕΝΤΡΟ **ΨΥΧΙΚΟΥ**	**ΆΝΤΕΡΣΕΝ 1, 11525** - ΨΥΧΙΚΟ
9.	ΚΛΙΝΙΚΗ **ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ** ΑΘΗΝΩΝ ΑΕ	**ΣΙΣΙΝΗ 1 - 3, 11528** - ΙΛΙΣΙΑ
10.	ΝΟΣ. **ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ** HOSPITAL CENTER	**Λ. ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 107, 11526** - ΑΘΗΝΑ
11.	**ΤΥΠΕΤ**- ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΛΑΘΡΟΝ	**ΘΕΡΕΙΑΝΟΥ 4-6, 11473** - ΑΘΗΝΑ
12.	**ΥΓΕΙΑ** ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ & ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.	**ΚΗΦΙΣΙΑΣ & ΕΡ. ΣΤΑΥΡΟΥ 4, 15123** - ΜΑΡΟΥΣΙ
α/α	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ Ε Σ Υ	ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
1.	ΓΝΑ « Σισμανόγλειο – Αμαλ Φλέμιγκ » Οργανική Μονάδα « **ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ** »	**Σισμανογλείου 1** - 15126 - ΜΑΡΟΥΣΙ
2.	ΓΝΑ « Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμιγκ » Νοσηλευτική Μονάδα « **Α. Φλέμιγκ** »	**25ης Μαρτίου 14** - 15127 - ΜΕΛΙΣΣΙΑ
3.	ΓΝΑ "**ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ**"	**Ιπποκράτους 8** - 15236 ΠΑΛΑΙΑ ΠΕΝΤΕΛΗ
4.	ΓΟΝΚ « ***Οι Άγιοι Ανάργυροι*** »	**Καλυφτάκη 145** - 14564 - ΚΗΦΙΣΙΑ
5.	ΓΑΟΝΑ « ***Ο Άγιος Σάββας*** »	**Λεωφόρος Αλεξάνδρας 171** - 11522 - ΑΘΗΝΑ
6.	Γ Ν ΠΑΙΔΩΝ « **Η Αγία Σοφία** »	**Θηβών & Παπαδιαμαντοπούλου** - Γουδί, 11527 - ΑΘΗΝΑ
7.	Γ Ν Παίδων Αθηνών « **Παν. & Αγλαΐα Κυριακού** »	**Θηβών & Λεβαδείας** - Γουδί, 11527 - ΑΘΗΝΑ
8.	Νοσοκομείο Αφροδίσιων & Δερματικών Παθήσεων Αθηνών «**Ανδρέας Συγγρός**»	**Ίωνος Δραγούμη 5**, 16121 - ΑΘΗΝΑ
9.	ΓΝ Μαιευτήριο Αθηνών « Έλενα Βενιζέλου-Αλεξάνδρα» ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ «**ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΣ** »	**Βασ. Σοφίας 80**, 11528 - ΑΘΗΝΑ
10.	ΓΝ Μαιευτήριο Αθηνών " Έλενα Βενιζέλου - Αλεξάνδρα » ΝΟΣ. ΜΟΝΑΔΑ « **ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ** »	**Πλατεία Έλενας Βενιζέλου 2**, 11521 - ΑΘΗΝΑ
11.	ΠΝΑ ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ « ***Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ*** »	**Δ. Σούτσου 21**, 11521 - ΑΘΗΝΑ
12.	ΓΝΑ « ***Η Ελπίς*** »	**Δημητσάνας 7**, 11522 - ΑΘΗΝΑ
13.	**ΓΝΑ** « *Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική Αθηνών* » *Οργανική Μονάδα* ***" Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"***	**Υψηλάντου 45 - 47**, 10675 - ΑΘΗΝΑ
14.	**ΓΝΑ** *«Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική Αθηνών" Νοσ. Μονάδα* ***" Η ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ "***	**Πειραιώς 3** - 10525 - ΑΘΗΝΑ
15.	***"ΕΙΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ Αθηνών "***	**Ελ. Βενιζέλου** (Πανεπιστημίου) **26 & Σίνα 2** -10672 ΑΘΗΝΑ
16.	ΓΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ***«ΚΑΤ»*** ΚΕΝΤΡ. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΡ/ΤΙΩΝ	**Νίκης 2** - 14561 - ΚΗΦΙΣΙΑ
17.	ΓΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ « ***ΕΚΑ*** »	**Σπύρου Θεολόγου 1 & Λεωφ. Φυλής** (8η Στάση), 13122 - ΙΛΙΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ
18.	ΓΝΑ « ***Κοργιαλένειο-Μπενάκειο*** » ***Ε.Ε.Σ***	**Αθανασάκη 2**, 11526 - ΑΘΗΝΑ
19.	ΓΝΑ « ***Γ. Γεννηματάς*** »	**Λεωφόρος Μεσογείων 154**, 11527 - ΑΘΗΝΑ
20.	ΓΝΑ « ***Ιπποκράτειο*** »	**Βασιλίσσης Σοφίας 114**, 115 27 - ΑΘΗΝΑ
21.	Γ Ν Ν. ΙΩΝΙΑΣ ***Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων*** - " Η Αγία ΄Ολγα"	**Αγίας Όλγας 3-5**, 14233 - ΝΕΑ ΙΩΝΙΑ
22.	ΓΝΑ « **Λαϊκό** »	**Αγίου Θωμά 17**, 11527 - ΑΘΗΝΑ
23.	ΓΝΘΠΑ « ***Η Παμμακάριστος*** »	**Ιακωβάτων 43**, 11144 - ΚΑΤΩ ΠΑΤΗΣΙΑ - ΑΘΗΝΑ
24.	ΓΝΝΘ ΑΘΗΝΩΝ « **Η Σωτηρία** »	**Λεωφόρος Μεσογείων 152**, 11527 - ΑΘΗΝΑ

Προδιαγραφές ***ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑΣ*** των **ΑΝΑΦ**

Ταυτόχρονα με την αίτηση εγγραφής για το ΜΗΤΡΩΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΝ, **πρέπει απαραίτητα να υποβάλλονται δύο (2) πρόσφατες φωτογραφίες** για την απόκτηση της κάρτας εργασίας, όπισθεν των οποίων θα πρέπει να αναγράφεται καθαρά το **Ονοματεπώνυμό** σας & ο **Α.Μ. ΥΠε** , οι οποίες για να είναι αποδεκτές **πρέπει** να έχουν τις κατωτέρω προδιαγραφές

Τεχνικά Χαρακτηριστικά	***Πληροφορίες***
Αριθμός φωτογραφιών	Δύο (2) - (**πρόσφατα** ληφθείσες, τύπου Α.Τ.)
Χρώμα	Έγχρωμες.
Διαστάσεις	40 mm X 60 mm ,χωρίς πλαίσιο, σχήματος τετραγώνου
Έκφραση	Φυσική και ουδέτερη
Γυαλιά	Στις περιπτώσεις που το άτομο φορά γυαλιά πρέπει να φωτογραφηθεί έτσι ώστε ο σκελετός να μην καλύπτει τα μάτια ή να αλλοιώνει τα χαρακτηριστικά του προσώπου. (π.χ. φακοί foto grey, κ.α).
Καλύμματα κεφαλής	Επιτρέπονται μονάχα **εφόσον το πρόσωπο** παραμένει **ευδιάκριτο**.
Φόντο	Η φωτογραφία θα πρέπει να πλαισιώνεται από **απλό ανοιχτόχρωμο φόντο,** κατά προτίμηση λευκό ή κρέμ ή ανοικτό γκρί , έτσι ώστε τα χαρακτηριστικά του προσώπου να είναι πλήρη & καθαρά, με ομοιόμορφο φωτισμό χωρίς να υπάρχουν σκιές ή αντανακλάσεις ή παραμορφώσεις & με κεντροθετημένη εικόνα (τοποθέτηση στο οριζόντιο κέντρο).

2027

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

(ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΗ ΤΑΥΤΟΠΡΟΣΩΠΗΣ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΩΝ)

Ο / Η κατωτέρω υπογράφων / ουσα, ...

.....

του ..... & της ..... γεννηθείς την ...../...../.....

στην ..... κάτοικος..... Οδού.....

αριθμού..... με: ΑΔΤ ή Διαβατηρίου .....

που εκδόθηκε την ...../...../..... από το ....., με ατομική μου ευθύνη &

γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του **Ν. 1599/1986, δηλώνω** ότι **ε ξ ο υ σ ι ο δ ο τ ώ** τον / την κατωτέρω αναφερόμενο / η, για να **υποβάλλει αντ΄εμού & για λογαριασμό μου** προς την **1η ΥΠε ΑΤΤΙΚΗΣ** την Αίτηση – δήλωσή μου, με όλα τα απαραίτητα συνημμένα δικαιολογητικά.

Ο / Η ΔΗΛΩΝ-ΟΥΣΑ & ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΩΝ-ΟΥΣΑ

ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ από **ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟ ΤΜΗΜΑ** ή **ΚΕΠ**

...../...../ **2 0 2 6**

(υπογραφή).....

(σφραγίδα – υπογραφή)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ / ΝΗΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝ. ΠΑΤΕΡΑ	ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ
ΟΔΟΣ	**ΑΡΙΘΜΟΣ**	**ΤΗΛΕΦΩΝΟ**	**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

1ΗΣ ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ ~ 2026

ΑΔΑ: ΒΕΖΓ4691ΩΓ-ΧΘΛ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΙΚΑ

ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΙΣΘΩΤΩΝ

……., …. /…./ 202…

Αριθμ. Πρωτ.

…… ΥΠΟΚ/ΜΑ ……

ΤΜΗΜΑ : ΕΣΟΔΩΝ
Ταχ. Διεύθυνση : ……
……
Πληροφορίες : ……
Αριθ. τηλεφώνου : ……
FAX : ……

Β Ε Β Α Ι Ω Σ Η
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΩΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΝ ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ

Βεβαιώνεται ότι, ο/η……
…… **Α.Μ.Ε.** ……
Α.Μ.Κ.Α. ……., όπως προκύπτει από τα ασφαλιστικά στοιχεία που μας προσκόμισε, καθώς και από τα μηχανογραφικά τηρούμενα αρχεία της Υπηρεσίας μας έχει πραγματοποιήσει, ως αποκλειστική/κός νοσοκόμα/ος στην ασφάλιση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ……
……(……)
ημέρες εργασίας . *ολογράφως* *αριθμητικώς*

Η παρούσα χορηγείται κατόπιν αιτήσεώς τ……., σε εφαρμογή των διατάξεων της υπ'αριθμ.. Υ4α / οικ. 37804/25-4-2013 (ΦΕΚ 1023/25-2013 τ.Β΄) με κάθε επιφύλαξη για οποιαδήποτε εκ των υστέρων μεταβολή των στοιχείων, βάσει των οποίων εκδόθηκε.

….. ΔΙΕΥΘΥΝΤ……