



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1ης Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ  
Δ/ΣΗ ΑΝ/ΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ  
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων  
Ταχ. Δ/ση: Ζαχάρωφ 3, Αθήνα  
Ταχ. Κώδικας: 115 21  
Πληροφορίες: Ιωάννης Βέλλης  
Τηλέφωνο.: 213 2010435  
e-mail: hrd@1dype.gov.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Αθήνα, 02/09/2026

Αρ. Πρωτ.:39334

**ΘΕΜΑ: «ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΕΝΑΝ (1) ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ, ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΕΝΙΚΗΣ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ, ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥ, ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΠΛΗΡΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΥΒΙΩΝ, ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ 1<sup>ΗΣ</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ»**

#### Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ ΤΗΣ 1<sup>ΗΣ</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81/τ. Α'/04-04-2005) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», όπως τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν με τις διατάξεις του άρθρου 3 του Ν. 3527/2007 (ΦΕΚ 25/τ. Α'/09-02-2007) και τις διατάξεις του άρθρου 27 του Ν. 4771/2021 (ΦΕΚ 16/τ. Α'/01-02-2021).
2. Τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 41 του Ν. 4058/2012 όπως αυτές τροποποιήθηκαν και ισχύουν με τις διατάξεις του άρθρου 67 του Ν. 5243/2025 (ΦΕΚ 187 Α') «1. Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία αρμοδιότητας του Υπουργείου Παιδείας, Θρησκευμάτων και Αθλητισμού, το Ν.Ι.Μ.Τ.Σ., ο Ε.Ο.Δ.Υ., ο Ε.Ο.Π.Α.Ε., η Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε., το Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε., η Ε.Κ.Α.Π.Τ.Υ. Α.Ε. ο Ε.Ο.Φ., η Ι.Φ.Ε.Τ. Μ.Α.Ε., το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.), το Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας και ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ., με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου τους, και τα στρατιωτικά νοσοκομεία, με απόφαση του Διοικητή τους, καθώς και οι αποκεντρωμένες μονάδες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας των Δ.Υ.Πε. του άρθρου 6 του ν. 5129/2024 (Α' 124), τα Κέντρα Υγείας νησιωτικών, ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών ή των περιοχών όπου έχουν εξαντληθεί οι υποψήφιοι επικουρικοί ιατροί από τους αντίστοιχους ηλεκτρονικούς καταλόγους των Υ.Πε., το Ειδικό Κέντρο Υγείας Κρατουμένων Κορυδαλλού, το Ψυχιατρείο Κρατουμένων Κορυδαλλού, το Κέντρο Απεξάρτησης Τοξικομανών Κρατουμένων Ελαιώνα Θηβών και τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι.) που λειτουργούν εντός των Σωφρονιστικών Καταστημάτων, με απόφαση του Διοικητή της αρμόδιας Υ.Πε., δύνανται για την κάλυψη των αναγκών τους σε προσωπικό και για την προσήκουσα λειτουργία

τους, εφόσον δεν επαρκεί το προσωπικό τους, να συνεργάζονται με επαγγελματίες των κλάδων Π.Ε. Ιατρών όλων των ειδικοτήτων, ΠΕ Οδοντιατρικής ειδικότητας ΠΕ Οδοντιάτρων, ΠΕ Ακτινοφυσικών ειδικοτήτων ΠΕ Φυσικών Νοσοκομείων Ακτινοφυσικών Ιατρικής και ΠΕ Φυσικών Νοσοκομείων εκτός της περιοχής ιοντιζουσών ακτινοβολιών, ΠΕ Ψυχολόγων ειδικότητας ΠΕ Ψυχολόγων, ΠΕ/ΤΕ Κοινωνικής Εργασίας ειδικοτήτων ΠΕ/ΤΕ Κοινωνικών Λειτουργών, ΠΕ Κοινωνικών Επιστημών ειδικότητας ΠΕ Κοινωνιολόγων, ΠΕ/ΤΕ Νοσηλευτικής ειδικότητας ΠΕ/ΤΕ Νοσηλευτικής, ΔΕ Βοηθών νοσηλευτών ειδικότητας ΔΕ Βοηθών Νοσηλευτών, ΤΕ Βιοϊατρικών Επιστημών ειδικότητας ΤΕ Ραδιολογίας Ακτινολογίας, ΔΕ Χειριστών Εμφανιστών Ακτινολογικών Εργαστηρίων, ειδικότητας ΔΕ Χειριστών Εμφανιστών Ακτινολογικών Εργαστηρίων, ΤΕ Βιοϊατρικών Επιστημών ειδικότητας ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων, ΔΕ Βοηθών Ιατρικών και Βιολογικών Εργαστηρίων ειδικότητας ΔΕ Βοηθών Ιατρικών και Βιολογικών Εργαστηρίων, ΔΕ Τεχνικού ειδικοτήτων ΔΕ Ηλεκτρολόγων και ΔΕ Υδραυλικών, ΤΕ Διοικητικού Λογιστικού ειδικότητας ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕ Διοικητικού Λογιστικού ειδικότητας ΤΕ Διοικητικού Λογιστικού, ΠΕ Φαρμακευτικής ειδικότητας ΠΕ Φαρμακοποιών, ΔΕ Βοηθών Φαρμακείου ειδικότητας ΔΕ Βοηθών Φαρμακοποιών, ΔΕ Πληρωμάτων Ασθενοφόρων ειδικότητας ΔΕ Πληρωμάτων Ασθενοφόρων, ΔΕ Οδηγών ειδικότητας ΔΕ Οδηγών, ΔΕ Τεχνικού ειδικότητας ΔΕ Μηχανοτεχνιτών Οχημάτων, ΠΕ Βιοχημικών ειδικότητας ΠΕ Βιοχημικών, ΠΕ Μηχανικών ειδικότητας ΠΕ Αρχιτεκτόνων Μηχανικών, ΠΕ Πολιτικών Μηχανικών, ΠΕ Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και ΠΕ Μηχανολόγων Μηχανικών, ΠΕ Βιολόγων ειδικότητας ΠΕ Βιολόγων, ΠΕ Διοικητικού/Οικονομικού ειδικοτήτων ΠΕ Διοικητικού Οικονομικού και ΠΕ Οικονομικού, ΠΕ/ΤΕ Εργοθεραπείας ειδικοτήτων ΠΕ/ΤΕ Εργοθεραπείας, ΠΕ/ΤΕ Διαιτολογίας ειδικοτήτων ΠΕ/ΤΕ Διαιτολογίας, ΠΕ/ΤΕ Φυσικοθεραπείας ειδικοτήτων ΠΕ/ΤΕ Φυσικοθεραπείας, ΠΕ/ΤΕ Λογοθεραπείας ειδικοτήτων ΠΕ/ΤΕ Λογοθεραπείας, ΠΕ/ΤΕ Μαιευτικής ειδικότητας ΠΕ/ΤΕ Μαιευτικής, ΠΕ Κοινωνικής Υγείας ειδικότητας ΠΕ Κοινωνικής Υγείας, ΤΕ Επισκεπτών Υγείας ειδικότητας ΤΕ Επισκεπτών Υγείας, ΠΕ Πληροφορικής ειδικοτήτων ΠΕ Πληροφορικής (Software Hardware), ΠΕ Πληροφορικής (Software) και ΠΕ Πληροφορικής (Hardware), ΤΕ Πληροφορικής ειδικότητας ΤΕ Πληροφορικής (Software ή Hardware), ΔΕ Υποστηρικτικού Προσωπικού ειδικότητας ΔΕ Γενικών Καθηκόντων και ειδικούς θεραπευτές πρώην εξαρτημένους, οι οποίοι έχουν ολοκληρώσει με επιτυχία θεραπευτικό πρόγραμμα των εγκεκριμένων Οργανισμών ή Φορέων του ν. 4139/2013 (Α' 74), με καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους. Η συνεργασία με τους ανωτέρω πραγματοποιείται κατά παρέκκλιση του άρθρου 6 του ν. 2527/1997 (Α' 206), καθώς και της περ. α' της παρ. 20 του ένατου άρθρου του ν. 4057/2012 (Α' 54), μετά από πλήρως αιτιολογημένη έκθεση του φορέα και απόφαση του Υπουργού Υγείας ή του Υπουργού Εθνικής Άμυνας, αντίστοιχα».

3. Τις διατάξεις του **N. 4238/2014** (ΦΕΚ 38/τ. Α'/17-02-2014) «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ και άλλες διατάξεις» και τις διατάξεις του **N. 4486/2017** (ΦΕΚ 115/τ. Α'/07-08-2017) «Μεταρρύθμιση της Π.Φ.Υ., επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις».
4. Τις διατάξεις του **N. 4931/2022** (ΦΕΚ 94/τ. Α'/13-05-2022) «Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις».
5. Την αριθ. πρωτ. **8144/28-02-2023** Απόφαση του κ. Διοικητή 1ης Υ.ΠΕ. Αττικής «Αντιστοίχιση των υφισταμένων κλάδων και ειδικοτήτων των οργανικών θέσεων μόνιμου και Ι.Δ.Α.Χ. προσωπικού των Κέντρων Υγείας, πρώην Μονάδων του Δικτύου Πρωτοβάθμιας Υγείας, αρμοδιότητας της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, με τους οριζόμενους στο π.δ. 85/2022 (Α' 232) νέους κλάδους και ειδικοτήτες» (ΦΕΚ 2095/Β'/31-03-2023).
6. Το με αριθμ. πρωτ. **33529/17-07-2026** έγγραφο της παρ' ημίν Διεύθυνσης Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης προς το Υπουργείο Υγείας με θέμα «**Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης**».

7. Την αριθ. πρωτ. **34173/22-07-2026 Απόφαση της Κ<sup>ας</sup> Διοικήτριας της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής** αναφορικά με την αναγκαιότητα συνεργασίας του Κ.Υ. ΚΑΛΥΒΙΩΝ, με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής, με καθεστώς έκδοσης εκ μέρους του, δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για πλήρη απασχόληση στο Κ.Υ. ΚΑΛΥΒΙΩΝ, αποκεντρωμένη μονάδα υγείας της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής.
8. Την υπ' αριθμ. **Γ4β/37080/27-08-2026 Εγκριτική Απόφαση της κας Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας** με θέμα: «Έγκριση συνεργασίας του ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΥΒΙΩΝ, αρμοδιότητας 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής, με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας ΓΕΝΙΚΗΣ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών».
9. Την υπ' αριθ. **Γ4β/Γ.Π.οικ.42238/07-08-2024 Απόφαση των κ.κ. Υπουργού και Υφυπουργού Υγείας** περί διορισμού της κας Όλγας Μπαλαούρα ως Διοικήτριας της 1ης Υ.ΠΕ. Αττικής (ΦΕΚ 855/τ. Υ.Ο.Δ.Δ./09-08-2024).
10. Την υπ' αριθμ. **Υ.Πε./49608/19-09-2024 Απόφαση του κ. Υφυπουργού Υγείας** με θέμα «Αρμοδιότητες Υποδιοικητών 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας (Υ.Πε.) Αττικής» (ΦΕΚ 5341/τ. Β'/23-09-2024).
11. Την αριθ. πρωτ. **11021/09-03-2026 Απόφαση Διοικήτριας 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. περί ορισμού Επιτροπής Αξιολόγησης Αιτημάτων Ιατρικού Προσωπικού.**
12. Τις αυξημένες υπηρεσιακές ανάγκες για την εύρυθμη λειτουργία του Κέντρου Υγείας Καλυβίων, αποκεντρωμένης μονάδας υγείας της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής.

#### **ΚΑΛΕΙ**

τους/τις ενδιαφερόμενους/ες **Ιδιώτες Ιατρούς Ειδικότητας Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής, σε συνεργασία, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 67 του Ν. 5243/2025 (ΦΕΚ 187 Α'), με τη Διοίκηση της 1<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, για τη σύναψη σύμβασης, με καθεστώς έκδοσης από αυτούς, δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για πλήρη (πέντε ημέρες την εβδομάδα / επτά ώρες την ημέρα) απασχόληση, στο Κέντρο Υγείας Καλυβίων, αποκεντρωμένη μονάδα υγείας της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής, με δυνατότητα συμμετοχής στο εφημεριακό πρόγραμμα της ίδιας ή άλλης δομής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής, για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους, με μηνιαίες αποδοχές, κατά την κείμενη νομοθεσία, Επικουρικού Ιατρού βαθμού Επιμελητή Β', προκειμένου για την κάλυψη των αναγκών και την απρόσκοπτη και εύρυθμη λειτουργία του εν λόγω Κέντρου Υγείας.**

#### **Α. ΟΙ ΥΠΟΨΗΦΙΟΙ/ΕΣ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ:**

- Να έχουν την Ελληνική Ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από Κράτη Μέλη της Ε.Ε.
- Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
- Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
- Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.

- Να εγγραφούν στη Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες, έπειτα από τη σύναψη σύμβασης συνεργασίας.
- Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

## **Β. ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:**

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται και θα κατατεθούν με την αίτηση υποψηφιότητας είναι τα εξής:

1. **Αίτηση-Δήλωση** (υπόδειγμα της αίτησης-δήλωσης ακολουθεί στο **Παράρτημα Ι**) η οποία συμπληρώνεται με ακρίβεια και σε όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνει.
2. **Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986**, από την πλατφόρμα gov.gr ή από το Κ.Ε.Π. με γνώση της υπογραφής, στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
3. **Αντίγραφο Αστυνομικού Δελτίου Ταυτότητας.**
4. **Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης.**
5. **Αντίγραφο Πτυχίου.** Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται το πτυχίο με τη σφραγίδα της Χάγης, η επίσημη μετάφρασή του και η απόφαση ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ. 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 απλά φωτοαντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILLE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό. Σε κάθε περίπτωση και σύμφωνα με τα οριζόμενα στις με αριθμ. ΔΙΣΚΠΟ/Φ.15/οικ.8342/1-4-2014 (ΑΔΑ:ΒΙΗΟΧ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/ΦΑ.2.3/21119/ 1-9-2014(ΑΔΑ:ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίου του Υπουργείου Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή φωτοαντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση ότι τα έγγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί πρωτίστως από δικηγόρο.
6. **Αντίγραφο Απόφασης Άδειας Ασκήσεως Ιατρικού Επαγγέλματος στην Ελλάδα.**
7. **Αντίγραφο Απόφασης Χορήγησης Άδειας Χρήσης Τίτλου Ειδικότητας στην Ελλάδα.**
8. **Πρόσφατη Βεβαίωση Εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο**, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.
9. **Φορολογική Ενημερότητα.**
10. **Ασφαλιστική Ενημερότητα.**
11. **Βεβαίωση έναρξης εργασιών φυσικού προσώπου επιτηδευματία.**

12. Βιογραφικό Σημείωμα με αναφορά στην προϋπηρεσία και στο επιστημονικό έργο (περιληπτική αναφορά).
13. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986, από την πλατφόρμα gov.gr ή από το Κ.Ε.Π. με γνώσιο της υπογραφής, στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν λαμβάνουν επίδομα Δ.Υ.Π.Α. και δεν κατέχουν έμμισθη θέση στο Ελληνικό Δημόσιο.
14. Για τους άνδρες: Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α' ή βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του Ελληνικού Στρατού. Όπου στον τύπο Α, προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή θα πρέπει να υπερβαίνει το έτος από την ημερομηνία λήξης της παρούσας πρόκλησης.

#### Γ. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ-ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ:

Ο/Η ιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του/της σε πλήρες, τακτικό και καθημερινό 7ωρο πρόγραμμα, από Δευτέρα έως και Παρασκευή, στο Κέντρο Υγείας Καλυβίων.

Ο/Η ιατρός υπόκειται διοικητικά και επιστημονικά στον Υπεύθυνο Συντονισμού Επιστημονικής Λειτουργίας του Κέντρου Υγείας, στην Υποδιοικήτρια της 1ης Υ.ΠΕ. και στην Διοικήτρια της 1ης Υ.ΠΕ., εφαρμοζόμενων αναλογικά των οριζόμενων στο ν. 3329/2005 ως προς την διοικητική και επιστημονική εποπτεία του.

Η αποζημίωση του/της θα είναι ίση με τις μηνιαίες αποδοχές, κατά την κείμενη νομοθεσία, Επικουρικού Ιατρού βαθμού Επιμελητή Β'.

#### Δ. ΑΙΤΗΣΕΙΣ –ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ:

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να στείλουν την αίτησή τους (η οποία υπέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης) με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο ή ταχυδρομικά με συστημένη αποστολή, στη διεύθυνση: «Διοίκηση 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού, Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων, Ζαχαρώφ 3, Τ.Κ 11521, Αθήνα» με την ένδειξη: «Για την Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιδιώτη ιατρό, ειδικότητας Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής του Κ.Υ. ΚΑΛΥΒΙΩΝ»

Η χρονική περίοδος υποβολής των αιτήσεων ορίζεται από Πέμπτη 03/09/2026 έως και Παρασκευή 18/09/2026.

Το ανωτέρω χρονικό διάστημα θα προκύπτει από την σφραγίδα του Ταχυδρομείου. Αιτήσεις που θα υποβληθούν πριν ή μετά το ανωτέρω χρονικό διάστημα δεν θα ληφθούν υπόψη

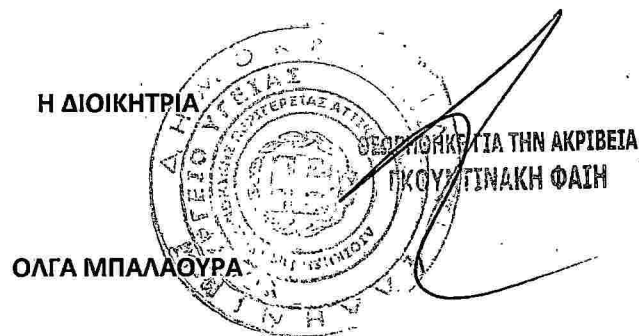
**Ε. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:**

Οι ενδιαφερόμενοι για οποιαδήποτε πληροφορία μπορούν να απευθύνονται στο Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες στα τηλέφωνα: **213 2010400, 213 2010435, 213 2010472, 213 2010422.**

**ΣΤ. ΕΠΙΛΟΓΗ:**

Την καταλληλότητα των υποψηφίων θα κρίνει **τριμελής Επιτροπή**, συνταχθείσα με την υπ' αριθμ. πρωτ. **11021/09-03-2026 Απόφαση** της κας Διοικήτριας της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής.

Η παρούσα Πρόσκληση αναρτάται στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3861/2010 (ΦΕΚ 112/Α'/13-07-2010), στον ιστότοπο ( <https://www.1dype.gov.gr/> ) και τον πίνακα ανακοινώσεων της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής.

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**

1. Γραφείο Κου Υπουργού Υγείας (υ.τ.α.) (Υπόψη Δ/ντού, Κου Ι. Θεοδωράτου)
2. Γραφείο Κας Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας (Υπόψη Δ/ντριας, Κας Α. Λεβαντή)
3. Γραφείο Κας Γενικής Γραμματέως Υπηρεσιών Υγείας (Υπόψη Δ/ντριας, Κας Ε. Κυριακάκη)
4. Γραφείο Κας Γενικής Γραμματέως Δημόσιας Υγείας
5. Γραφείο Κας Προϊσταμένης Γενικής Διεύθυνσης Υπηρεσιών Υγείας  
(Υπόψη Προϊσταμένης Δ/σης Ανθρώπινου Δυναμικού Νομικών Προσώπων)
6. Γραφείο Κας Διοικήτριας 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής
7. Κ.κ. Υποδιοικήτες 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής
8. Παρ' ημίν Δ/νσεις Δ.Ε.Ν.Υ., Δ.Ε.Ε, Δ.Ο.Ο.Υ., Δ.Π.Α.Π., Δ.Α.Α.Δ., Δ.Δ.Υ.

9. Κα Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου Π.Φ.Υ. 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής
10. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
11. Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών
12. Ιατρικό Σύλλογο Πειραιά

(ακολουθεί Παράρτημα)

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΕΝΙΚΗΣ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ,  
ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ, ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥ, ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΓΙΑ ΠΛΗΡΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΤΟ Κ. Υ. ΚΑΛΥΒΙΩΝ, ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ**

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | <p><b>ΠΡΟΣ</b><br/> <b>1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής</b><br/>         Παρακαλώ όπως κάνετε αποδεκτό το αίτημά μου για συνεργασία με τη Διοίκηση της 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ Αττικής, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 41 του Ν. 4058/2012, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το άρθρο 67 του Ν. 5243/2025 (ΦΕΚ 187 Α'), για απασχόληση στο Κέντρο Υγείας Καλυβίων, ως ιδιώτης ιατρός.</p> |
| ΟΝΟΜΑ:                 | Δηλώνω υπεύθυνα ότι:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ΕΠΙΘΕΤΟ:               | Α) Αποδέχομαι τους όρους της αριθμ. πρωτ. ....../.....-09-2026, πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:          | Β) Διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα (σε πρωτότυπα ή αντίγραφα).                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:          | Γ) Για την έναρξη συνεργασίας και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αποζημίωσης δεν συντρέχει κανένα κώλυμα στο πρόσωπό μου και σε αντίθετη περίπτωση, θα φροντίσω για την άρση κάθε κωλύματος για το σκοπό αυτό, εφόσον η παρούσα αίτηση μου γίνει αποδεκτή.                                                                                                                                            |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ΚΑΤΟΙΚΟΣ:              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ:         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ΤΚ:                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ΤΗΛ:                   | Ημερομηνία, ...../.../2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ΚΙΝ. ΤΗΛ.:             | Ο/Η Δηλ.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ:     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ΑΜΚΑ:                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ΑΦΜ:                   | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| EMAIL                  | (Υπογραφή/σφραγίδα ιδιώτη ιατρού)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |