



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΩΝ, ΛΟΙΠΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΚΑΙ  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ Α΄**

Ταχ. Δ/ση: Αριστοτέλους 17  
Ταχ. Κώδικας: 104 33 Αθήνα  
Πληροφορίες: Α. Ασημακοπούλου,  
Μ.Ε. Παπαγιάννη  
Τηλέφωνο: 210 82 08 803, -838  
E-Mail: [dey\\_a@moh.gov.gr](mailto:dey_a@moh.gov.gr)

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ «ΔΙΑΥΓΕΙΑ»

Αθήνα, 26 -07-2024  
Αριθμ. πρωτ: Γ5α/Γ.Π.οικ. 40305

**ΠΡΟΣ: Όπως ο Πίνακας Διανομής**

**ΘΕΜΑ: Ορισμός ημερομηνιών υποβολής αιτήσεων για τη συμμετοχή στις εξετάσεις απόκτησης τίτλου εξειδίκευσης και άδειας εκτέλεσης υπερήχων.**

Έχοντας υπόψη:

1. Το π.δ. 121/2017 «*Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας*» (Α΄ 148).
2. Το άρθρο 83 του ν. 2071/1992 «*Οργάνωση Συστήματος Υγείας*» (Α΄ 123).
3. Το άρθρο 20 του ν. 2519/1997 «*Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις*» (Α΄ 165).
4. Την παρ. 5.Β. του άρθρου 21 του ν. 3580/2007 «*Προμήθειες Φορέων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις*» (Α΄ 134).
5. Το άρθρο 1 του π.δ. 228/2000 «*Άδεια εκτέλεσης υπερχογραφημάτων*» (Α΄ 197).
6. Την υπό στοιχεία Γ5α/Γ.Π.οικ.64845/29-08-2018 ν.α. «*Ονομασία, περιεχόμενο και προϋποθέσεις απόκτησης τίτλου ιατρικής εξειδίκευσης από ιατρούς που κατέχουν τίτλο ιατρικής ειδικότητας*» (Β΄ 3958).
7. Την υπό στοιχεία Α1ε/Γ.Π.οικ.41897/3-8-2023 ν.α. «*Εξουσιοδότηση υπογραφής εγγράφων «Με εντολή Υφυπουργού Υγείας» στους Προϊσταμένους Οργανικών Μονάδων του Υπουργείου Υγείας*» (Β΄ 4953).

Με στόχο την έγκαιρη ενημέρωση των υποψηφίων καθώς και την καλύτερη οργάνωση των απαιτούμενων διοικητικών ενεργειών και την απρόσκοπτη διενέργεια των εξετάσεων απόκτησης τίτλου εξειδίκευσης και άδειας εκτέλεσης υπερήχων, ορίζουμε εφεξής ως καταληκτική ημερομηνία υποβολής αιτήσεων για τη συμμετοχή στις ανωτέρω εξετάσεις την τελευταία ημέρα του μήνα που προηγείται της διεξαγωγής των εξετάσεων, ως ακολούθως:

## Α) Εξετάσεις απόκτησης τίτλου εξειδίκευσης:

<b>Εξειδίκευση</b>	<b>Εξεταστικές περιόδους</b>	<b>Καταληκτική ημερομηνία υποβολής αίτησης και δικαιολογητικών</b>
<b>Εξειδίκευση στην Επείγουσα Ιατρική</b>	Φεβρουάριος Μάιος Σεπτέμβριος Δεκέμβριος	Τελευταία ημέρα των μηνών Ιανουαρίου, Απριλίου, Αυγούστου και Νοεμβρίου αντίστοιχα.
<b>Εξειδίκευση στην Επεμβατική Ακτινολογία</b>	Φεβρουάριος Ιούνιος Οκτώβριος	Τελευταία ημέρα των μηνών Ιανουαρίου, Μαΐου και Σεπτεμβρίου αντίστοιχα.
<b>Εξειδίκευση στην Κλινική Μικροβιολογία</b>	Φεβρουάριος Μάιος Σεπτέμβριος Δεκέμβριος	Τελευταία ημέρα των μηνών Ιανουαρίου, Απριλίου, Αυγούστου και Νοεμβρίου αντίστοιχα.
<b>Εξειδίκευση στη Λοιμωξιολογία</b>	Φεβρουάριος Μάιος Σεπτέμβριος Δεκέμβριος	Τελευταία ημέρα των μηνών Ιανουαρίου, Απριλίου, Αυγούστου και Νοεμβρίου αντίστοιχα.
<b>Εξειδίκευση στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας</b>	Φεβρουάριος Ιούνιος Οκτώβριος	Τελευταία ημέρα των μηνών Ιανουαρίου, Μαΐου και Σεπτεμβρίου αντίστοιχα.
<b>Εξειδίκευση στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών</b>	Φεβρουάριος Μάιος Σεπτέμβριος Δεκέμβριος	Τελευταία ημέρα των μηνών Ιανουαρίου, Απριλίου, Αυγούστου και Νοεμβρίου αντίστοιχα.
<b>Εξειδίκευση στην Παιδιατρική Ενδοκρινολογία</b>	Δεκέμβριος Μάιος	Τελευταία ημέρα των μηνών Νοεμβρίου και Απριλίου αντίστοιχα.
<b>Εξειδίκευση στην Παιδιατρική Γαστρεντερολογία</b>	Δεκέμβριος Μάιος	Τελευταία ημέρα των μηνών Νοεμβρίου και Απριλίου αντίστοιχα.

<b>Εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη</b>	Φεβρουάριος Μάιος Σεπτέμβριος Δεκέμβριος	Τελευταία ημέρα των μηνών Ιανουαρίου, Απριλίου, Αυγούστου και Νοεμβρίου αντίστοιχα.
---	---	---

**Β) Εξετάσεις απόκτησης άδειας εκτέλεσης υπερήχων:**

<b>Άδεια</b>	<b>Εξεταστικές περιόδους</b>	<b>Καταληκτική ημερομηνία υποβολής αίτησης και δικαιολογητικών</b>
<b>Άδεια εκτέλεσης υπερήχων</b>	Μάιος Νοέμβριος	Τελευταία ημέρα των μηνών Απριλίου και Οκτωβρίου αντίστοιχα.

**Γ) Εξετάσεις απόκτησης πιστοποιητικού στην Ιατρική του Ύπνου:**

<b>Πιστοποιητικό</b>	<b>Εξεταστικές περιόδους</b>	<b>Καταληκτική ημερομηνία υποβολής αίτησης και δικαιολογητικών</b>
<b>Ιατρική του Ύπνου</b>	Μάιος Νοέμβριος	Τελευταία ημέρα των μηνών Απριλίου και Οκτωβρίου αντίστοιχα.

**Η αίτηση συμμετοχής του/της ενδιαφερομένου/ης συνοδευόμενη από τα κατά περίπτωση απαραίτητα δικαιολογητικά** υποβάλλεται ηλεκτρονικά στο email: [dey\\_exetaseis@moh.gov.gr](mailto:dey_exetaseis@moh.gov.gr) ή σε έγχαρτη μορφή στο Κεντρικό Πρωτόκολλο του Υπουργείου Υγείας- Αριστοτέλους 17, Τ.Κ. 10433, Αθήνα.

**Οι ενδιαφερόμενοι/-ες παρακαλούνται για την ορθή συμπλήρωση των αιτήσεων και την επισύναψη των απαραίτητων δικαιολογητικών.**

Διευκρινίζεται ότι:

**Α)** Υπόδειγμα αίτησης συμμετοχής στις εξετάσεις για απόκτηση τίτλου εξειδίκευσης, στην οποία αναφέρονται και τα απαραίτητα δικαιολογητικά, είναι ανηρτημένο στην επίσημη ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας, ακολουθώντας τη διαδρομή:

Υγεία- Επαγγελματίες Υγείας- Ιατροί, Οδοντίατροι και Φαρμακοποιοί- Εξετάσεις- Διενέργεια εξετάσεων για απόκτηση τίτλου εξειδίκευσης (<https://www.moh.gov.gr/articles/health/epaggelmaties-ygeias/noshleyitiko-proswpiko/eksetaseis/dienergeia-eksetasewn-gia-apokthsh-titloy-ekseidikeyshs/11521-aitsh-symmetoxhs-eksetasewn-ekseidikeyshs>).

**Β)** Υπόδειγμα αίτησης συμμετοχής στις εξετάσεις απόκτησης άδειας εκτέλεσης υπερήχων είναι ανηρτημένο στην επίσημη ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας, ακολουθώντας τη διαδρομή:

Υγεία- Επαγγελματίες Υγείας- Ιατροί, Οδοντίατροι και Φαρμακοποιοί- Εξετάσεις- Διενέργεια εξετάσεων για τη χορήγηση άδειας εκτέλεσης υπερήχων(<https://www.moh.gov.gr/articles/health/epaggelmaties-ygeias/noshleytiko-proswpiko/eksetaseis/dienergeia-eksetasewn-gia-th-xorhghsh-adeias-ekteleshs-yperhxwn/11981-aithsh-eksetasewn-yperhxwn>).

Η ακριβής ημέρα, η ώρα και ο τόπος διεξαγωγής των εξετάσεων θα ορίζονται για κάθε εξεταστική περίοδο με επιμέρους αποφάσεις της Υπηρεσίας μας, οι οποίες αναρτώνται στο πρόγραμμα «Διάγνωση» και στην επίσημη ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας, στη διαδρομή:

Υγεία- Επαγγελματίες Υγείας- Ιατροί, Οδοντίατροι και Φαρμακοποιοί- Εξετάσεις (<https://www.moh.gov.gr/articles/health/epaggelmaties-ygeias/noshleytiko-proswpiko/eksetaseis> ).

**Η ΑΝ. ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΗΣ ΓΕΝ.  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΤΖΩΡΤΖΗ**

### **ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ**

1. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Πλουτάρχου 3, Αθήνα- Τ.Κ. 10675), με την παράκληση να ενημερώσει τους κατά τόπον Ιατρικούς Συλλόγους.
2. Υγειονομικές Περιφέρειες (Υ.Πε.) της Χώρας, με την παράκληση κοινοποίησης στα νοσηλευτικά ιδρύματα αρμοδιότητάς τους.
3. Περιφέρειες της Χώρας (Δ/νσεις Δημόσιας Υγείας), με την παράκληση κοινοποίησης στις Περιφερειακές Ενώτητες της χωρικής αρμοδιότητάς τους.

### **ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ (μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου)**

1. Ιδιαίτερο Γραφείο Υπουργού Υγείας
2. Ιδιαίτερο Γραφείο Υφυπουργού Υγείας
3. Ιδιαίτερο Γραφείο Γεν. Γραμματέα Υπηρεσιών Υγείας
4. Γραφείο Προϊσταμένης Γεν. Διεύθυνσης Υπηρεσιών Υγείας
5. Δ/νση Επιστημονικής Τεκμηρίωσης και Διοικητικής & Γραμματειακής Υποστήριξης ΚΕ.Σ.Υ.
6. Διεύθυνση Ιατρών, Λοιπών Επιστημόνων και Επαγγελματιών Υγείας, Τμήμα Α΄