

**ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ
ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΝ****ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ**

Αθήνα 9 - 9 - 2015

Αρ.Πρωτ. Γ4α/Γ.Π. οικ. 69450

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ Α΄**

Ταχ.Δ/ση :Αριστοτέλους 17

Ταχ. Κώδικας 101 87

Τηλέφωνο: 210 - 5230295

FAX: 210- 5237651

E-mail: dey@moh.gov.gr

ΠΡΟΣ: 1. Διοικητές των Νοσοκομείων
που υπάγονται οι ΕΠΑ.Σ.
Βοηθών Νοσηλευτών
(έδρες τους)

2. Δ/ντές των ΕΠΑ.Σ.
Βοηθών Νοσηλευτών
(έδρες τους)

ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ

**ΘΕΜΑ: «Συμπλήρωση της αριθ. Γ4α/Γ.Π. οικ. 67622/3-9-2015 εγκυκλίου “Εύρυθμη
λειτουργία των Δ.Ι.Ε.Κ. του Ν. 4186/2013, αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας”»**

Σε συνέχεια της αριθ. Γ4α/Γ.Π. οικ. 67622/3-9-2015 εγκυκλίου «Εύρυθμη λειτουργία των Δ.Ι.Ε.Κ. του Ν. 4186/2013, αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας» και αναφορικά με την οργάνωση και λειτουργία των Δημοσίων Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (Δ.Ι.Ε.Κ), αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας (άρθρο 58 του Ν. 4316/2014 ΦΕΚ 270 Α΄), ισχύουν τα ακόλουθα :

1. Ως ωράριο λειτουργίας των Δημοσίων Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (Δ.Ι.Ε.Κ), αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας καθορίζεται το πρωϊνό ωράριο.
2. Για το εκπαιδευτικό έτος 2015-2016 στο Γ΄ εξάμηνο δύνανται να κατατάσσονται όσοι απαλλάσσονται από την υποχρέωση φοίτησης του εξαμήνου πρακτικής άσκησης, (καταθέτοντας σχετική υπεύθυνη δήλωση), καθότι δεν έχουν εγγραφεί πιστώσεις στους Προϋπολογισμούς έτους 2016 των Νοσοκομείων για κάλυψη της δαπάνης που προκαλεί η ασφάλιση στο Ι.Κ.Α. για την περίπτωση ατυχήματος των καταρτιζομένων κατά την εξαμηνιαία πρακτική τους άσκηση (καταβολή ασφαλιστικών εισφορών 1% του εκάστοτε τεκμαρτού ημερομισθίου της 12^{ης} ασφαλιστικής κλάσης του ΙΚΑ - ΕΤΑΜ, όπως ισχύει κάθε φορά, ανά καταρτιζόμενο).
3. Για τους εισακτέους του Α΄ εξαμήνου εκπαιδευτικού έτους 2015-2016 η πρακτική άσκηση δύναται να πραγματοποιηθεί μόνο κατά το Δ΄ και Ε΄ εξάμηνο (έτος 2017).
4. Κάτοχοι διπλωμάτων Μέσων Τεχνικών Επαγγελματικών Νοσηλευτικών Σχολών (ΜΤΕΝΣ) και ΤΕΕ Α΄ κύκλου δεν δύνανται να κατατάσσονται στα Δ.Ι.Ε.Κ αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας.
5. Επισυνάπτεται το έντυπο της αιτήσεως επιλογής που υποβάλλουν οι υποψήφιοι καταρτιζόμενοι στο Δ.Ι.Ε.Κ. που επιθυμούν να φοιτήσουν. Επισημαίνεται ότι, προς αποφυγή διπλοεγγραφών, οι υποψήφιοι καταρτιζόμενοι οφείλουν να δηλώσουν στο εν λόγω έντυπο, εάν έχουν υποβάλει αίτηση επιλογής σε περισσότερα Δ.Ι.Ε.Κ. αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και σε ποιά.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

Γραφεία Διοικήτων
Υ.ΠΕ της χώρας
(έδρες τους)

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**ΜΕΛΕΤΙΟΣ – ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ Υ.ΠΕ
Γ.Ν.

Δ.Ι.Ε.Κ
του Γ.Ν.....

ΟΝΟΜΑΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΜΚΑ.....

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ.....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ

.....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ

.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΠΟΛΗ.....

ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘΜΟΣ-ΤΚ.....

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: Σταθ:
Κινητό:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ.....

ΗΜ. ΕΚΔΟΣΗΣ.....

ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ.....

ΔΗΜΟΣ ή ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

.....

ΑΡΙΘ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΡΡΕΝΩΝ.....

ΑΡΙΘ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ.....

ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

Αίτηση επιλογής ως καταρτιζομένου.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

.....

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....

ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ
ΠΡΟΣ ΤΟ Δ.Ι.Ε.Κ Γ.Ν.....
.....

Παρακαλώ για την επιλογή μου ως
καταρτιζομένου στην ειδικότητα:

ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.....

Δηλώνω ότι δεν έχω υποβάλει αίτηση επιλογής
σε άλλο Δημόσιο Ι.Ε.Κ αρμοδιότητας Υπουργείου
Υγείας ή

έχω υποβάλει αίτηση επιλογής και στα Δ.Ι.Ε.Κ.
αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας :

Έχω λάβει γνώση του κανονισμού σπουδών και
λοιπών υποχρεώσεων και δηλώνω ότι τα
αποδέχομαι.

Η/Ο Αιτ.....και Δηλ.....

(Υπογραφή).....

Συνημμένα υποβάλλονται τα δικαιολογητικά

που προβλέπονται στο άρθρο 12 παρ. 6 της αριθμ.
5954/2014 Απόφασης του Υπουργού Παιδείας και
Θρησκευμάτων «Κανονισμός Λειτουργίας Ινστιτούτων
Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ) που υπάγονται
στη Γεν Γραμμή Διά Βίου Μάθησης (Γ.Γ.Δ.Β.Μ.)» (ΦΕΚ 1807 Β')

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

- 1) Γραφείο Υπουργού Υγείας
- 2) Γραφείο Γεν. Γραμ. Δημόσιας Υγείας
- 3) Γραφείο Προϊσταμένης Γεν. Δ/σης
Δημ. Υγείας και Υπηρ. Υγείας
- 4) Δ/ση Γ4(3)