



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ (Ν.Π.Δ.Δ)

Θεμιστοκλέους 38, 106 78 ΑΘΗΝΑ

Τηλ.: 210-38.13.380 – 38.03.816 – 33.02.343, Fax: 210-38.34.385, e-mail: eoo@otenet.gr

Αριθμ. Πρωτ..... 804 Φ..... 43,ΠΥΟΕΚΟΔ

Αθήνα

15 Μαΐου 2019

**Προς τους
Οδοντιατρικούς Συλλόγους της Χώρας**

ΘΕΜΑ: Πληροφορίες σχετικά με την χορήγηση του Πιστοποιητικού Υφιστάμενης/Ορθής Επαγγελματικής Κατάστασης Οδοντιάτρου (Π.Υ.Ο.Ε.Κ.Οδ.) που θα εκδίδει η ΕΟΟ

Σχετ.: ΦΕΚ Β, 1372-19, 22-4-2019 Υπ.Απ. 24814.

Αγαπητή/έ Πρόεδρε,

Σε ό,τι αφορά τη χορήγηση Πιστοποιητικού Υφιστάμενης/Ορθής Επαγγελματικής Κατάστασης (ΠΥΟΕΚΟΔ), **υπεύθυνες για την έκδοσή τους παραμένουν οι Περιφέρειες, για τις βεβαιώσεις/άδειες που έχουν χορηγηθεί έως και την 31-3-2019.**

Σημείωση:

α) Σε περίπτωση που η βεβαίωση/άδεια άσκησης του οδοντιατρικού επαγγέλματος και ο τίτλος Ειδικότητας έχουν χορηγηθεί από διαφορετικές Περιφερειακές ενότητες, ανεξαρτήτως ημερομηνίας απόκτησής τους, η αίτηση έκδοσης ΠΥΟΕΚΟΔ κατατίθεται στην ΕΟΟ.

β) Σε περίπτωση που ο αιτών δραστηριοποιείται ή διαμένει σε άλλη περιφέρεια από αυτήν που έχει εκδοθεί η άδεια άσκησης, η αίτηση έκδοσης ΠΥΟΕΚΟΔ κατατίθεται στην ΕΟΟ

Η διαδικασία που θα ακολουθείται εφεξής είναι η ακόλουθη:

1. Ο ενδιαφερόμενος καταθέτει ή αποστέλλει τη σχετική αίτηση στην ΕΟΟ
2. Η ΕΟΟ αποστέλλει στη Γραμματεία του Ο.Σ. αίτημα με υπόδειγμα Βεβαίωσης με προτυπωμένο το Όνομα και τον Αριθμό Μητρώου του αιτούντος, προκειμένου ο Σύλλογος να βεβαιώσει, συμπληρώνοντας όλα τα υπόλοιπα στοιχεία και να την αποστείλει στην ΕΟΟ.
3. Η συμπληρωμένη βεβαίωση αποστέλλεται στην ΕΟΟ με συστημένη επιστολή ή με courier, ηλεκτρονικά, **και σε word**, με συνημμένα: 1)

Πτυχίο, 2) Βεβαίωση/ Άδεια άσκησης, 3) Τίτλος Ειδικότητας (εφόσον είναι κάτοχος) 4) Έγγραφα που σχετίζονται με πειθαρχικές ποινές ή διώξεις (εφόσον έχουν επιβληθεί).

Προσοχή:

- **Σημείο 13.** Σε περίπτωση που αναφέρονται περισσότεροι Σύλλογοι, η ΕΟΟ θα αποστέλλει υπόδειγμα Βεβαίωσης (2) σε όλους
- **Σημείο 18.** Μελετήστε τα χρωματισμένα σημεία ώστε να είναι ακριβή τα στοιχεία που θα συμπληρώσετε.

Σε όλες τις Βεβαιώσεις που θα εκδίδετε, τα στοιχεία ΟΝΟΜΑ, ΕΠΩΝΥΜΟ, ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ και ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ πρέπει είναι σε δύο χαρακτήρες (ΕΛΛΗΝΙΚΑ και ΛΑΤΙΝΙΚΑ), όπως αυτά αναγράφονται στο Δελτίο της Αστυνομικής Ταυτότητας ή στο Διαβατήριο. Αυτό το ζητάμε για τη σωστή καταγραφή των στοιχείων του αιτούντος, ώστε να μην αντιμετωπίσει πρόβλημα στη Χώρα που θα απευθυνθεί, από λανθασμένη απόδοση των στοιχείων στα Λατινικά.

4. Η ΕΟΟ εκδίδει το ΠΥΟΕΚΟΔ/Good Standing

Κατά συνέπεια, επιβάλλεται οι φάκελοι των μελών σας να είναι τακτοποιημένοι και επικαιροποιημένοι.

Για τη διευκόλυνση όλων μας, σας παρακαλούμε θερμά να παροτρύνετε όσους ενδιαφερόμενους απευθύνονται στο Σύλλογό σας, να έλθουν σε επαφή με την ΕΟΟ.

Στην ιστοσελίδα της ΕΟΟ, στο banner με την ένδειξη «ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ/ΑΔΕΙΕΣ-ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ-ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ» θα βρίσκονται εντός των ημερών, αναρτημένες όλες οι σχετικές πληροφορίες.

**Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,
Για το Διοικητικό Συμβούλιο της
Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας**

Ο Πρόεδρος

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ Α. ΔΕΒΛΙΩΤΗΣ

Η Γεν. Γραμματέας

ΜΑΡΙΑ ΜΕΝΕΝΑΚΟΥ



Συνημμένο:

- Υπόδειγμα αίτημα ΕΟΟ και Βεβαίωσης Ο.Σ.

ΑΙΤΗΜΑ

1 ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ

2 ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (σε περίπτωση που ασκεί σε διαφορετική περιφέρεια από αυτήν που εξέδωσε την άδεια)

...

....., ΠΥΟΕΚΟΔ

... .. 2019

Προς τον

- 1) **Οδοντιατρικό Σύλλογο.....**
- 2) **Περιφέρεια.....**

1 Μετά από αίτηση που λάβαμε από τον Οδοντίατρο-μέλος του Συλλόγου σας κ....., Α/Μ..... παρακαλούμε να μας αποστείλετε άμεσα συμπληρωμένη τη συνημμένη Βεβαίωση, συνοδευόμενη από τα απαιτούμενα συνημμένα έγγραφα.

2 Μετά από αίτηση που λάβαμε από τον Οδοντίατρο, με αρ. Βεβαίωσης/Άδειας Άσκησης Οδοντιατρικού Επαγγέλματος, παρακαλούμε όπως μας αποστείλετε αντίγραφο του φακέλου του.

Για την

Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία

Ο Πρόεδρος

Η Γεν.Γραμματέας

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ Α. ΔΕΒΛΙΩΤΗΣ

ΜΑΡΙΑ ΜΕΝΕΝΑΚΟΥ

Συνημμένο: (1)

- **Υπόδειγμα Βεβαίωσης Οδοντιατρικού Συλλόγου με προτυπωμένο το όνομα και τον Α/Μ του αιτούντος**

Τα κίτρινα σημεία είναι για τη βοήθεια της Γραμματείας του Συλλόγου . Να σβηστούν στο πρωτότυπο πιστοποιητικό.

Παρακαλούμε, να το γράψετε σε πρωτότυπο επιστολόχαρτο του Οδοντιατρικού Συλλόγου.

Π.Υ.Ο.Ε.Κ.ΟΔ.

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Αριθ. Πρωτ.

Τόπος, Ημερομηνία, έτος

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ

Προς την
Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία

Σε απάντηση της με αρ. πρωτ..... επιστολής σας, σας αποστέλλουμε τα στοιχεία του Οδοντιάτρου μέλους μας

1	Όνομα ⁽¹⁾	Πεζοκεφαλαία ΕΛΛΗΝΙΚΑ & ΛΑΤΙΝΙΚΑ* (όπως αναγράφεται στο Δελτίο της Αστυνομικής Ταυτότητας ή στο Διαβατήριο)
2	Επώνυμο ⁽¹⁾	Πεζοκεφαλαία ΕΛΛΗΝΙΚΑ & ΛΑΤΙΝΙΚΑ* (όπως αναγράφεται στο Δελτίο της Αστυνομικής Ταυτότητας ή στο Διαβατήριο)
3	Όνοματεπώνυμο Πατέρα ⁽¹⁾	Πεζοκεφαλαία ΕΛΛΗΝΙΚΑ & ΛΑΤΙΝΙΚΑ* (όπως αναγράφεται στο Δελτίο της Αστυνομικής Ταυτότητας ή στο Διαβατήριο)
	Όνοματεπώνυμο Μητέρας ⁽¹⁾	Πεζοκεφαλαία ΕΛΛΗΝΙΚΑ & ΛΑΤΙΝΙΚΑ* (όπως αναγράφεται στο Δελτίο της Αστυνομικής Ταυτότητας ή στο Διαβατήριο)
4	Ιθαγένεια/Υπηκοότητα	
5	Ημερομηνία/Τόπος γέννησης	
6	Φύλο	
7	Διεύθυνση κατοικίας	
8	Διεύθυνση επαγγελματικής έδρας	
9	Στοιχεία Αστυνομικής Ταυτότητας ή Στοιχεία Διαβατηρίου	
10	Βεβαίωση άσκησης επαγγέλματος	Εκδούσα Αρχή:..... Ημερομηνία:.....
11	Βεβαίωση λειτουργίας οδοντιατρείου- πολυοδοντιατρείου	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Εκδούσα Αρχή..... Ημερομηνία:..... ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
12	Οδοντιατρικός Σύλλογος & Αριθμός	Ο.Σ....., Αρ.Μητρώου.....

	Μητρώου	
13	Οδοντιατρικοί Σύλλογοι στους οποίους έχει διατελέσει μέλος (Ημερομηνία εγγραφής/διαγραφής)	Π.χ. Ημερομηνία 1 ^{ης} εγγραφής: ΟΣ XXXXXXXX, ηη/μμ/ετος. διαγραφής ηη/μμ/ετος
14	Πτυχίο-Τίτλος βασικής εκπαίδευσης οδοντιάτρου/ Περιγραφή και ημερομηνία επαγγελματικού τίτλου	Αρ.Πτυχίου /Ημερομηνία απόκτησης:....., Πανεπιστημιακό Ίδρυμα : Αναγνώριση ΔΙΚΑΤΣΑ....., ΔΟΑΤΑΠ..... (εφόσον υπάρχει) Πτυχίο σύμφωνο με από την Οδηγία 2005/36/ΕΚ, όπως τροποποιήθηκε με την Οδηγία 2013/55/ΕΕ, άρθρο 34, Παράρτημα V/V.3/5.3.2
16	Ειδικότητα : • ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ <input type="checkbox"/> • ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ και ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ <input type="checkbox"/>	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> Εκδούσα Αρχή Ημερομηνία:..... ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ: Σύμφωνα με την Οδηγία 2005/36/ΕΚ, όπως τροποποιήθηκε με την Οδηγία 2013/55/ΕΕ, άρθρο 35, Παράρτημα V/V.3/5.3.3 ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ και ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ: Σύμφωνα με την Οδηγία 2005/36/ΕΚ, Παράρτημα V/V.1./5.1.3.Οδοντική, Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική
17	Μορφή άσκησης επαγγέλματος Περιγράψτε την απλή ή σύνθετη μορφή άσκησης (π.χ. ιδιωτική ως ελεύθερος επαγγελματίας/μισθωτός ή και τα δυο, Δημόσιος τομέας: ΕΣΥ/ΠΕΔΥ/Ακαδημαϊκός /Στρατιωτικός κλπ)	
18	Υφιστάμενη επαγγελματική κατάσταση:	1. ΑΠΡΟΣΚΟΠΤΗ Ο/Η οδοντίατρος δύναται να ασκεί το επάγγελμά του/της, δεν του/της έχει αφαιρεθεί, στερηθεί ή ανασταλεί το δικαίωμα αυτό, 2. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ Ο/Η οδοντίατρος δεν δύναται να ασκεί το επάγγελμά του/της, του/της έχει αφαιρεθεί, στερηθεί ή ανασταλεί το δικαίωμα αυτό. 3. Του/της έχει επιβληθεί πειθαρχική ποινή άλλη από την διακοπή άσκησης 4. Εκκρεμεί σε βάρος του/της πειθαρχική διαδικασία Επιλέγετε μια από τις πιο πάνω επιλογές Στην περίπτωση προβληματικής συμπληρώνετε και το 18α
18α	Συμπληρώνεται από τον Ο.Σ.	*Στην περίπτωση που η άσκηση του επαγγέλματος έχει περιορισθεί καθ' οιονδήποτε τρόπο να αποστειλείτε τα σχετικά, με τον υφιστάμενο περιορισμό, έγγραφα

Το παρόν πιστοποιητικό χορηγείται για τη χρήση που ορίζεται από τον ενδιαφερόμενο και έχει 3μηνη ισχύ, από την έκδοσή του.

* Η καταγραφή να γίνεται σε δυο χαρακτήρες (ΕΛΛΗΝΙΚΑ & ΛΑΤΙΝΙΚΑ), όπως αναγράφεται στο Δελτίο της Αστυνομικής Ταυτότητας ή στο Διαβατήριο.

Για τον
Οδοντιατρικό Σύλλογο

Ο Πρόεδρος	Ο Γενικός Γραμματέας
------------	----------------------

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

1. Τίτλος βασικής εκπαίδευσης οδοντιάτρου. Σε περίπτωση ξενόγλωσσου τίτλου και την επίσημη μετάφραση του Πτυχίου, με τη Σφραγίδα της Χάγης (Apostille)
2. Άδεια άσκησης επαγγέλματος
3. Τίτλος ειδικότητας (εφόσον είναι κάτοχος)
4. Έγγραφα σχετικά με πειθαρχικές ποινές ή διώξεις (εφόσον έχουν επιβληθεί)

Υπόδειγμα — ΟΣ 204, 15-5-19