



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΝΑΥΤΙΛΙΑΣ ΚΑΙ
ΝΗΣΙΩΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
ΑΡΧΗΓΕΙΟ ΛΙΜΕΝΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ –
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΚΤΟΦΥΛΑΚΗΣ
ΚΛΑΔΟΣ Β΄ (ΝΑΥΤΙΛΙΑΣ)
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΝΑΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ 1ο - 2ο**

Ταχ. Δ/ση : Ακτή Βασιλειάδη (Πύλη Ε1-Ε2)
Ταχ. Κώδικας : 185 10, Πειραιάς
Πληροφορίες : Πλωτάρχης Λ.Σ. ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ Β.
Τηλέφωνο : 213 137 1108, 4217
Αριθ. συσκ. τηλ/ πίας : 210 413 7042
Ηλεκτρ. Δ/νση : dner@hcg.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Πειραιάς, 03 Απριλίου 2017
Αριθ. πρωτ.: 2242.7-2.1/ 25174/ 2017
Μ.Ε. ΣΝΕ, 2006/ 04

Θέμα: «Επικαιροποίηση Μητρώου Ιατρών για την έκδοση Ιατρικού Πιστοποιητικού Ναυτικών προς ναυτολόγηση».

Σχετ.: α) Η αριθ. πρωτ.: 70090/ 4384/ 1978 Απόφαση Υ.Ε.Ν. (μπο).
β) Η αριθ. πρωτ. 70090/ 4955/ 1978 Εγκύκλιος ΥΕΝ/ Δ.Ν.ΕΡ. 1ο, όπως συμπληρώθηκε από την αριθ. πρωτ. 70090/ 8274/ 1978 όμοια (μπο).
γ) Η αριθ. πρωτ. 3527.1.2/ 01/ 2013 Μ.Ε. ΣΝΕ, 2006/01 (ΑΔΑ: ΒΛ9ΞΟΠ-16Υ).

1. Ιατρική Εξέταση - Πιστοποίηση Ναυτικών - Γενικά

1.1. Σύμφωνα με το άρθρο 3 του Κανονισμού για την εφαρμογή απαιτήσεων της Σύμβασης Ναυτικής Εργασίας, 2006 της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας (εφεξής Σύμβαση), όπως εγκρίθηκε με την κ.υ.α 3522.2/ 08/ 2013 (Β΄ 1671), τροποποιήθηκε και ισχύει (εφεξής Κανονισμός), οι ναυτικοί για τη ναυτολόγησή τους σε πλοίο κατέχουν ιατρικό πιστοποιητικό σε ισχύ, με το οποίο βεβαιώνεται ότι είναι ικανοί από υγειονομική άποψη να εκτελέσουν τα καθήκοντά τους στη θάλασσα. Ειδικότερα, τα περί ιατρικής εξέτασης – πιστοποίησης ναυτικών θέματα παρατίθενται σε Παράρτημα Α΄ της παρούσης.

1.2. Ιατρικό πιστοποιητικό που εκδίδεται σύμφωνα με τις απαιτήσεις της Διεθνούς Σύμβασης για τα Πρότυπα Εκπαίδευσης, Πιστοποίησης και Τήρησης Φυλακών των Ναυτικών, όπως τροποποιήθηκε (“STCW”, as amended) γίνεται δεκτό για τους σκοπούς του παραπάνω Κανονισμού.

1.3. Περαιτέρω, ιατρικό πιστοποιητικό που έχει εκδοθεί σύμφωνα με τη νομοθεσία χώρας που έχει κυρώσει τη Σύμβαση γίνεται ομοίως αποδεκτό για τους σκοπούς του Κανονισμού.

2. Μητρώο Ιατρών

2.1. Οι αναγνωρισμένοι σύμφωνα με τον Κανονισμό ιατροί για να εκδίδουν ιατρικά πιστοποιητικά ναυτικών (προς ναυτολόγηση) εγγράφονται σε μητρώο που τηρεί συγκεντρωτικώς το Γραφείο Ευρέσεως Ναυτικής Εργασίας Πειραιώς (εφεξής Γ.Ε.Ν.Ε.) και λαμβάνει μοναδικό αριθμό μητρώου. Το εν λόγω Μητρώο περιλαμβάνει τα ακόλουθα στοιχεία:

- α.** Επώνυμο, Όνομα, Πατρώνυμο, Μητρώνυμο, υπηκοότητα.
- β.** Αριθμό ταυτότητας ή αριθμό διαβατηρίου.
- γ.** Αριθμό αδείας ασκήσεως επαγγέλματος, αρχή έκδοσης και ημερομηνία έναρξης επαγγέλματος.
- δ.** Αριθμό αδείας χρήσης τίτλου ιατρικής ειδικότητας.
- ε.** Αριθμό Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης.
- στ.** Αριθμό Φορολογικού Μητρώου.

- ζ. Ιατρικό σύλλογο στον οποίο ανήκει.
- η. Στοιχεία επικοινωνίας και διεύθυνσης εργασίας.
- θ. Στοιχεία υγειονομικής μονάδας στην οποία τυχόν ανήκει.

2.2. Στον επίσημο διαδικτυακό τόπο του Γ.Ε.Ν.Ε.¹ δημοσιεύονται στοιχεία επικοινωνίας των ιατρών και η ειδικότητα ανά γεωγραφική περιοχή. Το Γ.Ε.Ν.Ε. μεριμνά για την επικαιροποίηση των στοιχείων του Μητρώου.

2.3. Οι ενδιαφερόμενοι ιατροί που επιθυμούν είτε απ' ευθείας είτε μέσω των Ελληνικών Λιμενικών Αρχών μπορούν να εγγράφονται στο Γ.Ε.Ν.Ε., κατόπιν σχετικής αίτησης – υπεύθυνης δήλωσης ότι:

- α. ενεργούν στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων και μεθόδων της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτοί διαμορφώνονται με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμοσμένης σύγχρονης επιστημονικής έρευνας, των απαιτήσεων της Σύμβασης Ναυτικής Εργασίας, 2006, του Κανονισμού και της ΔΣ STCW, όπως ισχύει, καθώς και των οικείων οδηγιών.
- β. διαθέτουν γνώσεις περί των συνθηκών λειτουργίας και ενδιαίτησης επί του πλοίου, που αποκτούν είτε μέσω ειδικής εκπαίδευσης που τους έχει παρασχεθεί είτε μέσω εμπειρίας και δεξιοτήτων βασισμένων στους κανόνες της τεκμηριωμένης ιατρικής επιστήμης.

Η υπεύθυνη δήλωση συνοδεύεται από τα αναφερόμενα σε αυτή δικαιολογητικά, σύμφωνα με το Παράρτημα Γ' της παρούσας, συμπεριλαμβανομένου δείγματος υπογραφής, σύμφωνα με το Παράρτημα Δ'. Κατόπιν ελέγχου πληρότητας των υποβληθεισών αιτήσεων και ελέγχου γνησιότητας των στοιχείων που εμπεριέχονται σε αυτή, το Γ.Ε.Ν.Ε. καταχωρεί στο Μητρώο, προσδίδει αριθμό μητρώου, βεβαιώνει - γνωστοποιεί στον/στην ιατρό την πράξη εγγραφής σύμφωνα με Παράρτημα Ε' της παρούσας και τηρεί σχετικούς ατομικούς φακέλους.

2.4. Σε περίπτωση μεταβολής των στοιχείων τους οι εγγεγραμμένοι ιατροί οφείλουν να ενημερώνουν αμελλητί το Γ.Ε.Ν.Ε., το οποίο ακολούθως ενημερώνει το Μητρώο και το συναφές με αυτό αρχείο, καθώς και το περιεχόμενο του διαδικτυακού τόπου στον οποίο αναρτώνται τα στοιχεία, όπως αρμόζει.

2.5 Σε περίπτωση έκδοσης πιστοποιητικού κατόπιν αίτησης επανεξέτασης ναυτικών, στους οποίους δεν χορηγήθηκε πιστοποιητικό ή επιβλήθηκε περιορισμός στην ικανότητά τους να εργάζονται, ιδιαίτερα σε σχέση με τον χρόνο, τον τομέα/θέση, τους πλόες, ενημερώνεται σχετικώς το Γ.Ε.Ν.Ε..

3. Ενέργειες Λιμενικών Αρχών – Εδρών Ναυτιλιακών Ακολούθων

3.1. Σημειώνεται ότι η κατά τα ανωτέρω διαδικασία δεν έχει σκοπό να θίξει την εγκυρότητα/ ισχύ των πιστοποιητικών που έχουν ήδη εκδοθεί από αναγνωρισμένους σύμφωνα με τον Κανονισμό Ιατρών.

3.2. Εντούτοις, κατά τη ναυτολόγηση, τη διενέργεια ελέγχων (έκτακτοι - τακτικοί) της κείμενης νομοθεσίας περί προσωπικού πλοίων και ιδιαίτερα ελέγχων εφοδιασμού των ναυτικών με ιατρικά πιστοποιητικά σε ισχύ², θα πρέπει να τεκμηριώνεται ότι ο/η υπογράφων/ουσα ιατρός είναι εγγεγραμμένος/η στον κατάλογο που είναι αναρτημένος στο διαδικτυακό τόπο του Γ.Ε.Ν.Ε.. Σε διαφορετική περίπτωση θα ενημερώνεται το Γ.Ε.Ν.Ε., προκειμένου εν συνεχεία να αναληφθούν σχετικές ενέργειες για έλεγχο από αυτό (Γ.Ε.Ν.Ε.) και ενημέρωση του/της ιατρού περί της διαδικασίας εγγραφής του/ της στο τηρούμενο Μητρώο, τάσσοντας εύλογη προθεσμία. Εφόσον, μετά την πάροδο της προθεσμίας δεν υφίσταται ανταπόκριση θα ενημερώνεται τόσο ο/η ναυτικός όσο και ο/η πλοιοκτήτης, προκειμένου εγκαίρως να προβούν στην έκδοση ιατρικού πιστοποιητικού από ιατρό που είναι εγγεγραμμένος/η στο Μητρώο.

4. Εφιστάται η προσοχή για την τήρηση της αρχής της εμπιστευτικότητας και τη διαχείριση προσωπικών δεδομένων σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία περί προστασίας αυτών.

5. Οι α' και β' σχετικές καταργούνται.

6. Λιμενικές Αρχές να μεριμνήσουν, πέραν των ανωτέρω, για την ενημέρωση των ιατρικών συλλόγων της περιοχής αρμοδιότητάς τους προς κατάλληλη ενημέρωση των μελών τους.

¹ <http://www.generg.gr/>

² συμπεριλαμβανομένων αυτών που διενεργούνται από το Γ.Ε.Ν.Ε. στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του.

7. Οργανώσεις Πλοιοκτητών και Ναυτικών, που κοινοποιείται η παρούσα, παρακαλούνται για την ενημέρωσή τους και την κατάλληλη ενημέρωση των μελών τους.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΚΟΥΡΟΥΜΠΛΗΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ:**I. ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΓΙΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑ:**

1. Γραφείο Εύρεσης Ναυτικής Εργασίας
Νοταρά 141, 185 36, Πειραιάς
Fax: 210 4524757
E-mail: info@generg.gr
2. Κ.ΛΧ-ΛΧ-ΛΣ-ΛΤ
3. Ε.Ν.Α.

II. ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΓΙΑ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1. Υπουργείο Υγείας
Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας
Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας
Αριστοτέλους 17, 10187, Αθήνα
Email: ddy@moh.gov.gr, ymp@moh.gov.gr
2. Ναυτικό Επιμελητήριο Ελλάδος
Ακτή Μιαούλη 65, 185 36, Πειραιάς
Fax: 210 429 3831
E-mail: nee@nee.gr; hcs@nee.gr
3. Ένωση Ελλήνων Εφοπλιστών
Ακτή Μιαούλη 85, 185 38, Πειραιάς
FAX: 210 4291166, 210 4290107
E-mail: ugs@ath.forthnet.gr
4. Πανελλήνια Ναυτική Ομοσπονδία
Ακτή Μιαούλη 47 – 49, 185 36, Πειραιάς
Fax: 210 4293040
E-mail: gram@pno.gr, info@pno.gr
5. Σύνδεσμος Επιχειρήσεων Επιβατηγού Ναυτιλίας
Ακτή Μιαούλη 7 – 9, 185 35, Πειραιάς
Fax: 2104220822, 2104226155
E-mail: seen@ath.forthnet.gr
6. Ένωση Εφοπλιστών Ναυτιλίας Μικρών Αποστάσεων
Ακτή Μιαούλη 81, 185 38, Πειραιάς
FAX: 210 4280184
E-mail: info@shortsea.gr
7. Πανελλήνια Ένωση Πλοιοκτητών – Ακτοπλοϊκών Φ/Γ Πλοίων μέχρι 500 κοχ.
Μακράς Στοάς 3, 189 31, Πειραιάς
Fax: 210 4134843
E-mail: gorgo@otenet.gr
8. Ένωση Πορθμείων Εσωτερικού
Γούνναρη Δ. 2, 18531, Πειραιάς
Fax: 2104175676
9. Ένωση Πλοιοκτητών Ελληνικών Σκαφών Τουρισμού (Ε.Π.Ε.Σ.Τ.)
Κτίριο Διοίκησης Μαρίνας Ζέας, 185 36, Πειραιάς
Fax: 210 4280465
E-mail: epest@epest.gr
10. Πανελλήνια Ένωση Πλοιάρχων Ε.Ν.
Κολοκοτρώνη 102-104, 18535, Πειραιάς
Fax: 210 4179251
E-mail: info@pepen.gr
11. Πανελλήνια Ένωση Πλοιοκτητών – Εφοπλιστών Ρυμουλκών & Ναυαγοσωστικών Πλοίων «Άγιος Νικόλαος»
2ας Μεραρχίας 11, 185 35, Πειραιάς
Fax: 210 4124109, 210 4413245 – 210 4410813
E-mail: karaptug@otenet.gr, panenosirim@gmail.com
12. Ένωση Πλοιοκτητών Ρ/Κ – Ν/Γ Πλοίων
Αγίου Σπυρίδωνος 25, 185 35, Πειραιάς
Fax: 210 4170248
E-mail: info@greektugowners.gr
13. Πανελλήνια Ένωση Πληρωμάτων Ρυμουλκών & Ναυαγοσωστικών
Δημ. Ομηρίδου Σκυλίτση 19, 185 36, Πειραιάς
Fax: 210 4124729
E-mail: pep.rk.ng@gmail.com
14. Ένωση Εφοπλιστών Κρουαζιεροπλοίων και Φορέων Ναυτιλίας
Αντωνίου Αμπατιέλου 10, 185 36, Πειραιάς
Fax: 210 4293175
E-mail: info@cruise-union.com
15. Πανελλήνια Ένωση Επαγγελματικών Τουριστικών Ημερόπλοιων Σκαφών (Π.ΕΝ.Ε.Τ.Η.Σ.)
Πλάτωνος 12, 185 35, Πειραιάς
Fax : 210 4323362
E-mail : penetis2001@yahoo.gr

- 16. Πανελλήνια Ένωση Αξιωματικών και Κατωτέρων Πληρωμάτων
Επαγγελματικών – Ιδιωτικών Θαλαμηγών Σκαφών**
 Δημοσθένους Ομηρίδου Σκυλίτση 19, 185 31 Πειραιάς
 (Εργατοϋπαλληλικό Κέντρο Πειραιά)
 Fax 210 4171593
 E-mail: info@hyca.gr
- 17. Οίκος Ναύτου**
 Κ. Παλαιολόγου 15, 185 35, Πειραιάς
 Fax: 210 4295925
 Email: info@oikosnautou.gr
- 18. American Bureau of Shipping (ABS)**
 Fax: 2104293218
 E-mail: abspiraeus@eagle.org
- 19. Nippon Kaiji Kyokai (ClassNK)**
 Fax: 2104832405
 E-mail: pr@classnk.or.jp
- 20. Bureau Veritas Registre International
De Classification De Navires**
 Fax : 210 4063 063
 E-mail: grc_lpr@gr.bureauveritas.com
- 21. DNV GL**
 Fax: 210 4223059
 E-mail: reece@dnvgl.com
- 22. China Classification Society (CCS)**
 Fax: 210 4281420
 E-mail: at@ccs-eu.com
- 23. Lloyd's Register Group Limited**
 Fax: 210 4528950
 Email: piraeus@lr.org
- 24. Registro Italiano Navale (RINA Hellas)**
 Fax: 210 4292950
 E-mail: piraeus.office@rina.org
- 25. Korean Register of Shipping (KR)**
 Fax: 210 4286728
 E-mail: reece@krs.co.kr
- 26. Russian Maritime Register of Shipping (RS)**
 Fax: 2104292190
 E-mail: reece@rs-class.org
- 27. Ελληνικός Νηογνώμων Α.Ε.**
 Fax: 210-4221914
 E-mail: hrrs@hrrsorg.gr
- 28. Φοίνιξ Νηογνώμων Α.Ε**
 Fax: 210-4137888
 E-mail: hellas@phrs.gr
- 29. Διεθνές Γραφείο Επιθεωρήσεων Πλοίων Α.Ε.**
 Fax: 210-4184282
 E-mail: insb@hol.gr

III. ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1. Γρ. κ.κ. Υ.ΝΑ.Ν.Π. – Γ.Γ.
2. Γρ. κ.κ. Α/Λ.Σ. – ΕΛ. ΑΚΤ. – Β' Υ/Λ.Σ. – ΕΛ. ΑΚΤ.
3. Γρ. κ.κ. ΔΚΒ' - ΔΚΓ' - Β/ ΔΚΒ'
4. Δ.Ν.ΕΡ. – Δ.Α.Ν. – Δ.ΕΚ.Ν.
5. Δ.Κ.Ε.Ο. – Δ.Ε.Π. - Δ.Ε.Δ.Α.Π.Λ.Ε.
6. Δ.Η.ΔΕ.Π.
7. Υ.Υ.
8. Γ.Ε.Μ.Μ.Ε. & Δ.Σ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

1. Το ιατρικό πιστοποιητικό εξουσιοδοτούνται να εκδίδουν διπλωματούχοι ιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή ιατρικής της εργασίας ή παθολογίας, που ασκούν νομίμως το επάγγελμά τους. Κατά την άσκηση της ιατρικής τους κρίσης, οι ιατροί απολαμβάνουν πλήρους επαγγελματικής ανεξαρτησίας για την εκτέλεση διαδικασιών ιατρικής εξέτασης.

2. Με το ιατρικό πιστοποιητικό, ο τύπος του οποίου ως προς τα στοιχεία του περιεχομένου αυτού παρατίθεται στο Παράρτημα Α΄ του Κανονισμού, βεβαιώνεται ότι:

α. ο ναυτικός δεν πάσχει από ασθένεια που μπορεί να επιδεινωθεί ή να τον καταστήσει ανίκανο για υπηρεσία στη θάλασσα ή να θέσει σε κίνδυνο την υγεία άλλων προσώπων στο πλοίο.

β. η ακοή και η όραση του ναυτικού και, σε περίπτωση που ο ναυτικός ασκεί καθήκοντα φυλακής σε ειδικότητες προσωπικού καταστρώματος ή μηχανοστασίου πλοίου, η αντίληψη χρωμάτων αυτού, είναι ικανοποιητικές.

3. Η εξέταση για την έκδοση ιατρικού πιστοποιητικού προς ναυτολόγηση διενεργείται χωρίς δαπάνες του ναυτικού και μπορεί να διεξάγεται και στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Γι' αυτή ο/η ιατρός λαμβάνει υπόψη την Οδηγία B1.2.1 της Σύμβασης. Στο πλαίσιο αυτό, σημειώνεται ότι η τελευταία έκδοση των Οδηγιών της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας (Δ.Ο.Ε.) και του Διεθνούς Ναυτιλιακού Οργανισμού (Δ.Ν.Ο.) για τη διεξαγωγή ιατρικής εξέτασης των ναυτικών (ILO/ IMO *Guidelines on the medical examinations of seafarers*), που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, ιδίως το Μέρος 3 (Part 3) αυτών, μπορεί να ανακτηθούν από την ακόλουθη διεύθυνση ιστοσελίδας:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/ documents/ normativeinstrument/wcms_174794.pdf

3.1. Για την έκδοση του πιστοποιητικού, απαιτείται πρόσφατη ακτινογραφία θώρακος του εξεταζόμενου ναυτικού και βεβαίωση σε ισχύ που πιστοποιεί ότι η όραση και η αντίληψη χρωμάτων, όταν η τελευταία απαιτείται, είναι ικανοποιητικές. Σε περίπτωση που ο/η ιατρός που εκδίδει το ιατρικό πιστοποιητικό έχει τη δυνατότητα εξέτασης της όρασης (οπτικής οξύτητας, αντίληψης χρωμάτων κλπ) η παραπάνω βεβαίωση δεν απαιτείται. Σε διαφορετική περίπτωση, η βεβαίωση εκδίδεται από ιατρό ειδικότητας οφθαλμολογίας που ασκεί νομίμως το επάγγελμά του και απολαμβάνει πλήρους επαγγελματικής ανεξαρτησίας για την εκτέλεση διαδικασιών οφθαλμολογικής εξέτασης. Ειδικά, ναυτικοί που ναυτολογούνται ως μάγειροι επί πλοίου υποβάλλονται και σε καλλιέργεια και παρασιτολογική κοπράνων. Ομοίως, σχετικός έλεγχος θα πρέπει να αναλαμβάνεται για κάθε ναυτικό που στο πλαίσιο των καθηκόντων του παρασκευάζει ή διαχειρίζεται τροφή ή ποτά, πέραν των μαγείρων. Κατά την ιατρική εξέταση, ο/η ιατρός βεβαιούται περί της ταυτοπροσωπίας των προσερχόμενων ναυτικών. Σε περίπτωση που ζητηθεί από τον/την ιατρό θα πρέπει επίσης να επιδεικνύεται το προηγούμενο ιατρικό πιστοποιητικό τους. Περαιτέρω, θα πρέπει να ακολουθούνται αναλόγως της υπηρεσίας/θέσης επί του πλοίου τα ελάχιστα πρότυπα όρασης που καθορίζονται στον πίνακα A-I/9 του Τμήματος A-I/9 της Διεθνούς Σύμβασης «Για πρότυπα εκπαίδευσης, έκδοσης πιστοποιητικών και τήρησης φυλακών των ναυτικών, 1978», η οποία κυρώθηκε με το ν. 1314/ 1983 (Α΄ 2), όπως τροποποιήθηκε το 2010 στη Μανίλα (Τροποποιήσεις Μανίλα, που έγιναν αποδεκτές με το π.δ. 79/2012 (Α΄ 137)) (εφεξής Δ.Σ. STCW, όπως τροποποιήθηκε).

3.2. Επιπροσθέτως, θα πρέπει να διαπιστώνεται ότι οι ναυτικοί:

α. έχουν τη φυσική ικανότητα να εκπληρώνουν όλες τις απαιτήσεις της βασικής εκπαίδευσης, σύμφωνα με το Τμήμα A-VI/1, παράγραφος 2 της Δ.Σ. STCW, όπως τροποποιήθηκε,

β. επιδεικνύουν επαρκή ακοή και ομιλία για να επικοινωνούν αποτελεσματικά και να ανιχνεύουν οποιουσδήποτε ηχητικούς συναγερούς,

γ. δεν πάσχουν από καμία ιατρική πάθηση, διαταραχή ή αναπηρία που θα εμποδίσει την αποτελεσματική και ασφαλή άσκηση των συνηθισμένων και έκτακτων καθηκόντων τους επί του πλοίου κατά τη διάρκεια της περιόδου ισχύος του ιατρικού πιστοποιητικού,

δ. δεν πάσχουν από οποιαδήποτε ιατρική πάθηση που ενδέχεται να επιδεινωθεί λόγω της θαλάσσιας υπηρεσίας ή να τους/τις καταστήσει ακατάλληλους/ες για την υπηρεσία αυτή ή να θέσει σε κίνδυνο την υγεία και την ασφάλεια άλλων ατόμων επί του πλοίου, και

ε. δεν λαμβάνουν κάποιο φάρμακο που έχει παρενέργειες οι οποίες θα μειώσουν την κρίση, την ισορροπία, ή οποιεσδήποτε άλλες απαιτήσεις για την αποτελεσματική και ασφαλή εκτέλεση των συνηθισμένων και έκτακτων καθηκόντων επί του πλοίου.

Υπό την επιφύλαξη των ανωτέρω, κατά την άσκηση της ιατρικής κρίσης θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι νόσοι και νοσήματα που παρατίθενται στο π.δ. 591/ 1975 (Α' 191), όπως ισχύει.

3.3. Οι χώροι όπου πραγματοποιούνται εξετάσεις ιατρικής καταλληλότητας θα πρέπει να διαθέτουν τις εγκαταστάσεις και τον εξοπλισμό που απαιτείται για τη διενέργεια εξετάσεων ιατρικής καταλληλότητας των ναυτικών.

4. Μετά το πέρας της εξέτασης, ο/η ιατρός τηρεί αρχείο σχετικό με το περιεχόμενο του πιστοποιητικού που εξέδωσε, το οποίο διατηρείται τουλάχιστον για χρόνο διπλάσιο του χρόνου ισχύος του πιστοποιητικού και καλύπτεται από το ιατρικό απόρρητο. Το εν λόγω αρχείο συμπεριλαμβάνει σχετική έκθεση ιατρικής εξέτασης. Συστήνεται η χρήση του προτύπου των Οδηγίων Δ.Ο.Ε./ Π.Ο.Υ. της παραγράφου 3 που παρατίθεται στο Παράρτημα Β' της παρούσης, ως προς τα στοιχεία περιεχομένου της. Ο ναυτικός έχει πρόσβαση στο πιο πάνω αρχείο.

5. Εκτός από την περίπτωση που κατά την κρίση του/της ιατρού ορίζεται μικρότερη χρονική περίοδος που απαιτείται λόγω ειδικών καθηκόντων που πρόκειται να εκτελέσει ο/η ναυτικός, το πιστοποιητικό ισχύει για περίοδο έως δύο (02) ετών, εκτός εάν ο/η ναυτικός είναι ηλικίας μικρότερης των 18 ετών, οπότε η μέγιστη περίοδος ισχύος του είναι ένα (01) έτος. Η πιστοποίηση/βεβαίωση της αντίληψης χρωμάτων ισχύει για περίοδο έως έξι (06) ετών.

6. Το ιατρικό πιστοποιητικό μπορεί να φυλάσσεται με μέριμνα του/της πλοιάρχου, φέρεται επί του πλοίου και επιδεικνύεται σε αρμόδιες αρχές εφόσον απαιτηθεί.

7. Σημειώνεται ότι ανεξαρτήτως των ανωτέρω, οι εγγεγραμμένοι στο Μητρώο ιατροί θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη ότι οι υποψήφιοι προς: α) απογραφή ναυτικοί β) προς εισαγωγή στις Δημόσιες Σχολές Αξιωματικών Εμπορικού Ναυτικού και το Κέντρο Επιμορφώσεως Στελεχών Εμπορικού Ναυτικού (ΚΕΣΕΝ) για την απόκτηση διπλώματος Πλοιάρχου Α' τάξεως και Μηχανικού Α' τάξεως και γ) για την απόκτηση αποδεικτικού ναυτικής ικανότητας, υπόκεινται επιπροσθέτως στην υγειονομική εξέταση προς εξακρίβωση της σωματικής και πνευματικής αυτών ικανότητας, σύμφωνα με τις διατάξεις του π.δ. 591/ 1975 (Α' 191), όπως ισχύει.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β´

ΠΡΟΤΥΠΟ ΕΚΘΕΣΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΝΑΥΤΙΚΟΥ

Όνομα (Επώνυμο, Όνομα, μεσαίο):
Name (last, first, middle)

Ημερομηνία γέννησης (ημέρα / μήνας / έτος)
Date of birth (day/month/year):

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
Sex: Male Female

Διεύθυνση κατοικίας:
Home address:

Μέθοδος επιβεβαίωσης της ταυτότητας, π.χ. Αριθ. Διαβατηρίου/ Αριθ. Ναυτ. Φυλλαδίου ή άλλο σχετικό έγγραφο ταυτότητας:
Method of confirmation of identity, e.g. Passport No./Seafarer's book No.or other relevant identity document No.

Τμήμα (γέφυρα/ μηχανή/ ραδιοεπικοινωνίες/ διαχείριση τροφίμων / άλλο):.....
Department (deck/engine/radio/foodhandling/other):

Καθήκοντα καθημερινότητας και έκτακτης ανάγκης (εάν είναι γνωστά):.....
Routine and emergency duties (if known):

Τύπος του πλοίου (π.χ. εμπορευματοκιβωτίων, δεξαμενόπλοιο, επιβατηγό):.....
Type of ship (e.g. container, tanker, passenger):

Περιοχή δραστηριοποίησης (π.χ. παράκτια, τροπικά, σε όλο τον κόσμο):.....
Trade area (e.g. coastal, tropical, worldwide):

Προσωπική Δήλωση Εξεταζόμενου

(Συνδρομή θα πρέπει να προσφέρεται από το ιατρικό προσωπικό)

EXAMINEE'S PERSONAL DECLARATION

(Assistance should be offered by medical staff)

Είχατε ποτέ κάποια από τις ακόλουθες καταστάσεις; Have you ever had any of the following conditions?	Ναι Yes	Όχι No
1. Πρόβλημα ματιού/ όρασης Eye/vision problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Υψηλή αρτηριακή πίεση High blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Κάρδιο/ αγγειακή νόσο Heart/vascular disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Χειρουργική επέμβαση καρδιάς Heart surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Κιρσοί / αιμορροΐδες Varicose veins/piles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Άσθμα / βρογχίτιδα Asthma/bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Διαταραχή αίματος Blood disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Διαβήτης Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Πρόβλημα θυρεοειδούς Thyroid problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Πεπτική διαταραχή Digestive disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Πρόβλημα νεφρού Kidney problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Πρόβλημα δέρματος Skin problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Αλλεργίες Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Μολυσματικές/ λοιμώδεις ασθένειες Infectious/contagious diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Κήλη Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Διαταραχή γεννητικών οργάνων Genital disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Εγκυμοσύνη Pregnancy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Πρόβλημα ύπνου Sleep problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Καπνίζετε, χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών; Do you smoke, use alcohol or drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Χειρουργείο/ χειρουργική επέμβαση Operation/ surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Επιληψία / επιληπτικές κρίσεις Epilepsy/seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ζάλη / λιποθυμία Dizziness/fainting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Απώλεια της συνείδησης Loss of consciousness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ψυχιατρικά προβλήματα Psychiatric problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Κατάθλιψη Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Απόπειρα αυτοκτονίας Attempted suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Απώλεια μνήμης Loss of memory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Προβλήματα ισορροπίας Balance problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Σοβαρούς πονοκεφάλους Severe headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Πρόβλημα αυτιού (ακοή, εμβοές)/ μύτης/ λαιμού Ear (hearing, tinnitus)/nose/throat problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Περιορισμένη κινητικότητα Restricted mobility	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Πρόβλημα μέσης ή άρθρωσης Back or joint problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ακρωτηριασμός Amputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Κατάγματα / εξάρθρωσεις Fractures/dislocations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Εάν απαντήσατε "ναι" σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω ερωτήσεις, παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες:
If you answered "yes" to any of the above questions, please give details:

Επιπρόσθετες Ερωτήσεις Additional Questions

35. Έχετε ποτέ αποναυτολογηθεί ή παλιννοσηθηθεί ως άρρωστοι από πλοίο; Have you ever been signed off as sick or repatriated from a ship?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Έχετε ποτέ νοσηλευτεί; Have you ever been hospitalized?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Έχετε ποτέ κριθεί ακατάλληλος για καθήκοντα στη θάλασσα; Have you ever been declared unfit for sea duty?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Έχει το ιατρικό πιστοποιητικό σας, ποτέ περιοριστεί ή ανακληθεί; Has your medical certificate even been restricted or revoked?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Γνωρίζετε ότι έχετε οποιαδήποτε ιατρικά προβλήματα, ασθένειες ή αρρώστιες; Are you aware that you have any medical problems, diseases or illnesses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Αισθάνεστε υγιής και ικανός για την εκτέλεση καθηκόντων καθορισμένης θέσης/ επαγγέλματος σας Do you feel healthy and fit to perform the duties of your designated position/occupation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Είστε αλλεργικός σε οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή; Are you allergic to any medication?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Σχόλια
Comments

Επιπρόσθετες Ερωτήσεις
Additional Questions

42. Παίρνετε κάποιο μη συνταγογραφούμενο ή συνταγογραφούμενο φάρμακο;
Are you taking any non-prescription or prescription medications?

Εάν ναι, παραθέστε τα φάρμακα που λαμβάνετε, και τον λόγο (-ους) και τη δοσολογία (-ες)
If yes, please list the medications taken, and the purpose(s) and dosage(s)

Βεβαιώνω ότι η παραπάνω προσωπική δήλωση είναι αληθής δήλωση σύμφωνα με όσα γνωρίζω
I hereby certify that the personal declaration above is a true statement to the best of my knowledge.

Υπογραφή εξεταζόμενου: _____ Ημερομηνία (ημέρα / μήνας / έτος): ___/___/___
Signature of examinee: _____ Date (day/month/year):

Με την παρούσα εξουσιοδοτώ την πρόσβαση σε όλα τα προηγούμενα ιατρικά αρχεία μου από οποιονδήποτε επαγγελματία υγείας, ιδρύματα υγείας και δημόσιες αρχές στον/στην ιατρό

(Ο/η αναγνωρισμένος/η ιατρός).

I hereby authorize the release of all my previous medical records from any health professionals, health institutions and public authorities to Dr _____
(the approved medical practitioner).

Υπογραφή εξεταζόμενου: _____ Ημερομηνία (ημέρα/ μήνας/ έτος): ___/___/___
Signature of examinee: Date (day/month/year):

Ημερομηνία και στοιχεία επικοινωνίας για την προηγούμενη ιατρική εξέταση (εάν είναι γνωστή):

Date and contact details for previous medical examination (if known):

Ιατρική εξέταση
Medical examination

Όραση
Sight

Χρήση γυαλιών ή φακών επαφής: Ναι / Όχι (εάν ναι, αναφέρατε το είδος και για ποιό σκοπό):
Use of glasses or contact lenses: Yes/No (if yes, specify which type and for what purpose)

Οπτική οξύτητα
Visual acuity

Μη υποβοηθούμενη Unaided			Υποβοηθούμενη Aided		
Δεξιός Οφθαλμός Right eye	Αριστερός Οφθαλμός Left eye	Διοπτρική όραση Binocular	Δεξιός Οφθαλμός Right eye	Αριστερός Οφθαλμός Left eye	Διοπτρική όραση Binocular
Μακρινή Distant					
Κοντινή Near					

³ Συμπληρώνεται εάν απαιτηθεί. To be completed if required.

Οπτικά πεδία
Visual fields

	Κανονική Normal	Ελαττωματική Defective
Δεξιός Οφθαλμός Right eye		
Αριστερός Οφθαλμός Left eye		

Αντίληψη χρωμάτων
Colour vision

<input type="checkbox"/> Δεν εξετάζεται Not tested	<input type="checkbox"/> Κανονική Normal	<input type="checkbox"/> Επισφαλής Doubtful	<input type="checkbox"/> Ελαττωματική Defective
---	---	--	--

Ακοή
Hearing

Καθαρός ήχος και ακοομετρία (οριακές τιμές σε dB) Pure tone and audiometry (threshold values in dB)				
	500 Hz	1'000 Hz	2'000 Hz	3'000 Hz
Δεξιός ούς Right ear				
Αριστερός ούς Left ear				

Δοκιμή ομιλίας και ψιθύρου (μέτρα)
Speech and whisper test (metres)

	Κανονική Normal	Ψίθυρος Whisper
Δεξιός ούς Right ear		
Αριστερός ούς Left ear		

Κλινικά ευρήματα
Clinical findings

Ύψος: (cm): _____
Height: (cm)

Βάρος: _____ (kg)
Weight: (kg)

Σφυγμοί: _____ / (λεπτό)
Pulse rate: _____ / (minute)

Ρυθμός: _____
Rhythm:

Πίεση αίματος: Συστολική _____ (mm Hg)
Blood pressure: Systolic:

Διαστολική: _____ (mm Hg)
Diastolic:

Ανάλυση ούρων: Γλυκόζη: _____ Πρωτεΐνη: _____ Αίμα: _____
Urinalysis: Glucose: _____ Protein: _____ Blood: _____

	Φυσιολογική Normal	Μη-Φυσιολογική Abnormal
Κεφάλι Head		
Ιγμόρεια, μύτη, λαιμός Sinuses, nose, throat		
Στόμα/ οδοντοστοιχία Mouth/teeth		

Ωτα (γενικά) Ears (general)
Τυμπανική μεμβράνη Tympanic membrane
Οφθαλμοί Eyes
Οφθαλμοσκόπηση Ophthalmoscopy
Κόρες: Pupils:
Κίνηση οφθαλμού Eye movement
Πνεύμονες και θώρακας Lungs and chest
Εξέταση στήθους Breast examination
Καρδιά Heart
Δέρμα Skin
Κιρσοί Varicose veins
Αγγεία (συμπ.σφυγμούς πέλματος) Vascular (inc. pedal pulses)
Κοιλιακή χώρα και σπλάχνα Abdomen and viscera
Κήλη Hernia
Πρωκτός (όχι πρωκτοσκόπηση) Anus (not rectal exam)
Ουρογεννητικό σύστημα G-U system
Άνω και κάτω άκρα Upper and lower extremities
Σπονδυλική στήλη (ΑΜΣΣ, ΘΜΣΣ και ΟΜΣΣ) Spine (C/S, T/S and L/S)
Νευρολογική (πλήρης/ συνοπτική) Neurologic (full/brief)
Ψυχιατρική Psychiatric
Γενική εικόνα General appearance

Ακτινογραφία θώρακος
Chest X-ray

Δεν πραγματοποιήθηκε Πραγματοποιήθηκε στις (ημέρα/μήνας/χρόνος): / /
Not performed Performed on (day/month/year): / /

Αποτελέσματα:
Results:

Άλλη/ες διαγνωστική/ές εξέταση/εις και αποτελέσματα
Other diagnostic test(s) and result(s)

Εξέταση:
Test:

Αποτέλεσμα:
Result:

Σχόλια και εκτίμηση ικανότητας από τον/την ιατρό, με επεξήγηση για οποιοδήποτε περιορισμό:
Medical practitioner's comments and assessment of fitness, with reasons for any limitations:

*Εκτίμηση ικανότητας για (ναυτική) απασχόληση στη θάλασσα:
Assessment of fitness for service at sea*

Επί τη βάσει της προσωπικής δήλωσης του εξεταζόμενου, της κλινικής μου εξέτασης και τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων που αναφέρονται ανωτέρω, δηλώνω τον/την εξεταζόμενο/η ιατρικώς :
On the basis of the examinee's personal declaration, my clinical examination and the diagnostic test results recorded above, I declare the examinee medically:

<input type="checkbox"/> Ικανό/ή για καθήκοντα οπτήρα Fit for look-out duty		<input type="checkbox"/> Μη ικανό/ή για καθήκοντα οπτήρα Not fit for look-out duty		
	Υπηρεσία Γέφυρας Deck service	Υπηρεσία Μηχανής Engine service	Υπηρεσία Τροφοδοσίας Catering service	Άλλες Υπηρεσίες Other services
Ικανός/η Fit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μη ικανός/η Unfit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Χωρίς περιορισμούς Without restrictions	<input type="checkbox"/> Με περιορισμούς With restrictions	Αναγκαία χρήση οπτικού βοηθήματος Visual aid required		<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Περιγράψτε τους περιορισμούς (π.χ. συγκεκριμένη θέση/ειδικότητα, τύπος πλοίου, περιοχή δραστηριοποίησης)
Describe restrictions (e.g., specific position, type of ship, trade area)

Ημερομηνία λήξης ιατρικού πιστοποιητικού (ημέρα/μήνας/έτος): ____ / ____ / ____
Medical certificate's date of expiration (day/month/year):

Ημερομηνία έκδοσης ιατρικού πιστοποιητικού (μέρα/μήνα/έτος): ____ / ____ / ____
Date medical certificate issued (day/month/year):

Αριθμός Ιατρικού Πιστοποιητικού: _____
Number of medical certificate:

Υπογραφή Ιατρού: _____
Signature of medical practitioner:

Πληροφορίες Ιατρού (όνομα, αριθμός άδειας, διεύθυνση):
Medical practitioner information (name, license number, address)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ´

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986 και άρθρο 3 παρ. 3 Ν.2690/1999)

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)

Περιγραφή αιτήματος : «Έγγραφή στο Μητρώο εξουσιοδοτημένων Ιατρών για την έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών προς ναυτολόγηση ναυτικών».

Προς ⁽¹⁾ :	*Γραφείο Ευρέσεως Ναυτικής Εργασίας Πειραιά	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΩΝ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ.:	
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:	
		Αριθ:	
		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:	
		Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ⁽³⁾ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:	
Τηλ:		Fax:	
		E – mail:	

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽⁴⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Ο/ Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η δηλώνω ότι πληρώ τις απαιτήσεις αναγνώρισης, ότι θα ενεργώ στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων και μεθόδων της ιατρικής επιστήμης, ότι θα διενεργώ τις απαιτούμενες εξετάσεις και θα εκπληρώνω τις υποχρεώσεις μου σύμφωνα με τη Σύμβαση Ναυτικής Εργασίας, 2006, τον Κανονισμό για την εφαρμογή των απαιτήσεων της, όπως ισχύει, τη ΔΣ STCW, όπως ισχύει και τις οικείες Οδηγίες και ότι διαθέτω γνώσεις περί των ανωτέρω και των συνθηκών λειτουργίας και ενδιαίτησης επί του πλοίου. Δηλώνω ακόμη ότι αποδέχομαι την ανάρτηση των στοιχείων επικοινωνίας μου στον επίσημο διαδικτυακό τόπο του Γραφείου Ευρέσεως Ναυτικής Εργασίας Πειραιά, προς διευκόλυνση των ενδιαφερομένων, το οποίο και θα ενημερώνω αμελλητί σε περίπτωση μεταβολής αυτών.

(5)

(6) Εξουσιοδοτώ την Υπηρεσία να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

(3) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

Ο/Η αιτών/ αιτούσα

(Υπογραφή)

- (1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
- (2) Αναγράφεται ολογράφως.
- (4) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.
- (5) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου, η δήλωση συνεχίζεται σε άλλο κατάλληλο σημείο του εντύπου της αίτησης-υπεύθυνης δήλωσης και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ⁽⁶⁾
1. Φωτοτυπία Ταυτότητας/ Διαβατηρίου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Φωτοαντίγραφο άδειας ή βεβαίωσης άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Φωτοαντίγραφο άδειας χρήσης τίτλου ιατρικής ειδικότητας.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Βεβαίωση εγγραφής σε ιατρικό σύλλογο από την οποία να προκύπτει η ασκούμενη ειδικότητα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Δείγμα Υπογραφής (έντυπο Γ.Ε.Ν.Ε.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Επιλέξτε με ποιό τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί στη Διεύθυνση:.....

2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας.....

3. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας.....

4. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:.....

4. Να σας αποσταλεί με email στην ηλεκτρ. δ/ση.....

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ:**ΧΡΟΝΟΣ** : Έξι εργάσιμες ημέρες**ΚΟΣΤΟΣ: ΜΗΔΕΝ**

(Κενός χώρος για συνέχιση του κειμένου της υπεύθυνης δήλωσης).

ΑΝΑΓΡΑΨΤΕ ΟΝΟΜΑ ΣΑΣ ΜΕ ΛΑΤΙΝΙΚΟΥΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ:

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ΄

ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΥΡΕΣΕΩΣ ΝΑΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΕΙΡΑΙΑ

ΔΕΙΓΜΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ ΙΑΤΡΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ	
ΟΝΟΜΑ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	
ΑΔΤ	
ΑΦΜ	
(χώρος υπογραφής)	

Αριθμός Μητρώου Ιατρού _____

(Συμπληρώνεται από ΓΕΝΕ)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε΄



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΥΡΕΣΕΩΣ
ΝΑΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

.....

Πειραιάς,--.....
Αριθ. Πρωτ.:.....

ΠΡΟΣ:

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

ΘΕΜΑ: «Εγγραφή στο Μητρώο Ιατρών Γ.Ε.Ν.Ε.».

Σχετ.: Η αριθ.πρωτ. αίτησή σας.

1. Δια της παρούσης βεβαιώνεται ότι η εγγραφή σας στο μητρώο εξουσιοδοτημένων ιατρών προς έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών ναυτικών προς ναυτολόγηση, που τηρείται στην Υπηρεσία μας, ολοκληρώθηκε και λάβατε σχετικό αριθμό μητρώου:

2. Παρακαλείσθε για την ενημέρωσή σας.

.....