



Freie und Hansestadt Hamburg  
(Δήμος Αμβούργου)  
Αρχή Υγείας και Προστασίας Καταναλωτών

**Πληροφορίες**  
για τη διαδικασία αναγνώρισης τίτλου κατάρτισης για επάγγελμα υγείας  
που έχει αποκτηθεί στο εξωτερικό

**Πρέπει να προσκομίσετε σε κάθε περίπτωση τα εξής έγγραφα:**

- Το πτυχίο και το πιστοποιητικό επιτυχίας σας εξετάσεις σας
- Βιογραφικό σημείωμα σε μορφή πίνακα με τα πλήρη στοιχεία της σχολικής σας εκπαίδευσης, των προγραμμάτων κατάρτισης και της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας. Παρακαλούμε υπογράψτε το βιογραφικό σημείωμα.
- Έγγραφο αίτηση βάσει του συνημμένου, συμπεριλαμβανομένου του ερωτηματολογίου προσωπικών στοιχείων
- Διαβατήριο ή ταυτότητα
- Πιστοποιητικό δήλωσης ή φορέα εργασίας ή δήλωσης πρόθεσης να ασκήσετε το επάγγελμα στην περιοχή του Freien und Hansestadt Hamburg (Δήμου Αμβούργου)

**Επιπροσθέτως αυτών των εγγράφων θα ζητήσουμε ενδεχομένως:**

- Πιστοποιητικό από τη σχολή/τον φορέα κατάρτισης σχετικά με τη διάρκεια της κατάρτισης
- Πιστοποιητικό που θα αναγράφει τα θεωρητικά και πρακτικά μαθήματα μαζί με τον αριθμό ωρών διδασκαλίας ανά μάθημα
- Πιστοποιητικό της πρακτικής κατάρτισης (κλινική πρακτική άσκηση) στους σχετικούς τομείς/τμήματα (μαζί με τον αριθμό ωρών άσκησης)
- Πιστοποιητικά που αναγράφουν τον τρόπο και την ύλη της εξέτασης για το πτυχίο: μαθήματα εξεταζόμενα προφορικά, γραπτά ή πρακτικά
- Πιστοποιητικά για τις δραστηριότητές σας στο επάγγελμα το οποίο διδαχθήκατε (π.χ. βεβαιώσεις απασχόλησης)
- Πιστοποιητικά πρόσθετης κατάρτισης
- «Πιστοποιητικό Υφιστάμενης Επαγγελματικής Κατάστασης»  
Πρόκειται για ένα λεγόμενο «πιστοποιητικό καταλληλότητας», με το οποίο αποδεικνύεται ότι δεν σας έχει καταλογιστεί καμία κατηγορία κατά την άσκηση του επαγγέλματος. Εάν χρειάζεται, θα σας υποδείξουμε εμείς τον αρμόδιο φορέα ο οποίος θα σας χορηγήσει το πιστοποιητικό.
- σε περίπτωση αλλαγής ονόματος, το πιστοποιητικό γάμου/οικογενειακής κατάστασης
- κατά περίπτωση, ενδεχομένως και επιπλέον έγγραφα. Παρακαλούμε περιμένετε ενημέρωση από εμάς.

## Σημαντικές υποδείξεις για την τεκμηρίωση των εγγράφων:

- Σε κάθε περίπτωση πρέπει να προσκομίζεται το πρωτότυπο ή επικυρωμένο αντίγραφο του πρωτοτύπου.
- Επιπλέον, χρειαζόμαστε ένα **απλό φωτοαντίγραφο** για το αρχείο μας.
- Για έγγραφα γραμμένα σε γλώσσες άλλων χωρών πρέπει επίσης να προσκομίσετε μια **μετάφραση στα Γερμανικά** του πρωτοτύπου ή του επικυρωμένου αντιγράφου. Αυτές οι μεταφράσεις πρέπει να έχουν πραγματοποιηθεί από επίσημα αναγνωρισμένο και ορκωτό μεταφραστή. Τέτοιους μεταφραστές και μεταφράστριες μπορείτε, παραδείγματος χάρη, να βρείτε από τον ακόλουθο σύνδεσμο:  
[http://www.justiz-dolmetscher.de/suche\\_action](http://www.justiz-dolmetscher.de/suche_action)
- Η μετάφραση πρέπει να είναι **σταθερά προσαρτημένη** στο πρωτότυπο έγγραφο, παραδείγματος χάρη με ένα πριτσίνι (όχι με συρραπτικό ή συνδετήρες).
- Μεταφράσεις μη επικυρωμένων αντιγράφων δεν μπορούν να γίνουν δεκτές.

## Παρακαλούμε προσέξτε επίσης:

Εφόσον αποφασιστεί η ισοτιμία της κατάρτισης, για να εκδοθεί αρχικά μια άδεια επαγγέλματος πρέπει να υπάρχουν τα παρακάτω πρόσθετα έγγραφα:

- **Αποδεικτικό των γνώσεων σας στη γερμανική γλώσσα, αναμένεται το Επίπεδο B2 στη γερμανική γλώσσα σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό πλαίσιο αναφοράς**
- **Ιατρικό πιστοποιητικό (αποδεικτικό υγείας) για την ικανότητά σας να ασκήσετε το επάγγελμα από άποψη υγείας**
- **Αντίγραφο ποινικού μητρώου.**

Σε περίπτωση χορήγησης της άδειας, το ιατρικό πιστοποιητικό και το αντίγραφο ποινικού μητρώου πρέπει να είναι ενημερωμένα. **Παρακαλούμε υποβάλετε αίτηση μόνο αφότου σας το ζητήσουμε ρητώς.**

## Σε ποιον πρέπει να απευθύνετε την αίτηση;

Μπορείτε είτε να αποστείλετε την αίτησή σας ταχυδρομικά είτε να την υποβάλετε προσωπικά κατά τη διάρκεια του ωραρίου εξυπηρέτησης:

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (Αρχή Υγείας και Προστασίας Καταναλωτών)  
 Fachberufe im Gesundheitswesen (Επαγγέλματα του τομέα υγείας), G114  
 Billstraße (Μπίλλστρασε) 80  
 20539 Hamburg (Αμβούργο)

Ωράριο εξυπηρέτησης (παρακαλούμε κανονίστε ραντεβού εκ των προτέρων, εάν είναι δυνατό):

Δευτέρα, Τρίτη	9.00 - 12.00
Πέμπτη	13.00 – 16.00

Πληροφορίες επικοινωνίας για ραντεβού και ερωτήσεις σχετικά με τη διαδικασία της αίτησης:

[anerkennung-gesundheitsfachberufe@bgv.hamburg.de](mailto:anerkennung-gesundheitsfachberufe@bgv.hamburg.de)

Πρόσβαση με τα μέσα μαζικής μεταφοράς  
 S 21 ή Λεωφορείο 160 έως στάση Ροτενμπουργκσόρτ (S Rothenburgsort)

**Για ερωτήσεις σχετικά με τη διαδικασία είμαστε στη διάθεσή σας.  
 Μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μας!**

Όνομα, Επώνυμο \_\_\_\_\_

Οδός, Αριθμός \_\_\_\_\_

Τ.Κ., Τόπος \_\_\_\_\_

Προς

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (Αρχή Υγείας και Προστασίας Καταναλωτών)  
Abteilung Gesundheit (Τμήμα Υγείας)  
– Fachberufe im Gesundheitswesen (Επαγγέλματα του τομέα υγείας), G114 -  
Billstraße (Μπίλλστρασε) 80  
20539 Hamburg (Αμβούργο)

Αξιότιμες κυρίες/κύριοι,

αιτούμαι δια του παρόντος την αναγνώριση της κατάρτισης που πραγματοποιήσα  
\_\_\_\_\_ (χώρα κατάρτισης)  
και τη χορήγηση άδειας άσκησης του επαγγέλματος με τίτλο

\_\_\_\_\_  
(αναγράψτε τη γερμανική περιγραφή του επαγγέλματος που θα αναγνωριστεί: π.χ. «Gesundheits- und Krankenpfleger/in  
(Παροχέας υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης)»)

Έχω λάβει γνώση του γεγονότος ότι η επεξεργασία του αιτήματος για αναγνώριση κατάρτισης σε ένα επάγγελμα υγείας **απαιτεί την καταβολή τελών**. Τα τέλη εξαρτώνται από τον κόπο που απαιτείται για την επεξεργασία και αυτή τη στιγμή ανέρχεται σε ποσό μεταξύ 45,00 € και σε μεμονωμένες περιπτώσεις έως και 350 € (Ενημέρωση: Αύγουστος 2013) Με την έναρξη της επεξεργασίας επιβάλλεται αρχικό τέλος 22,50 €, το οποίο αντισταθμίζεται με τα συνολικά τέλη που προσδιορίζονται αργότερα.

Εάν η αίτηση απορριφθεί, είναι πληρωτέα τα  $\frac{3}{4}$  των τελών. Εάν η αίτηση αποσυρθεί αφότου έχει αρχίσει η επεξεργασία της, επιβάλλεται το μισό των τελών.

Για τη δημιουργία φωτοαντιγράφων υπολογίζεται τέλος 0,50 € ανά αντίγραφο.

Όλα τα τέλη επιβάλλονται μέσω εκκαθαριστικών σημειωμάτων (μόνο έμβασμα, όχι πληρωμή σε μετρητά).

Βεβαιώνω δια του παρόντος ότι:

1.) Δεν έχω υποβάλλει αίτηση αναγνώρισης σε καμία άλλη αρχή έως τώρα.

2.) Έχω λευκό πειθαρχικό και ποινικό μητρώο. Επίσης, δεν εκκρεμεί εναντίον μου καμία ανακριτική διαδικασία από δικαστικές ή εισαγγελικές αρχές.

Δεν μπορώ να προβώ σε δήλωση του 1. ή του 2. επειδή...

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
 Δίνω τη συγκατάθεσή μου για τη διαβίβαση των στοιχείων μου που σχετίζονται με την αίτηση στους εξής φορείς στο πλαίσιο της εξέτασής της: Εκπαιδευτικούς φορείς με τους οποίους συνεργάζεται η αρχή για την αναγνώριση επαγγελματιών της υγείας, την κεντρική αρχή εκπαίδευσης στην αλλοδαπή (Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen - ZAB), και ανάλογα με την κάθε περίπτωση και σε άλλες, ενδεχομένως, αρχές και φορείς που σχετίζονται με την αναγνώριση.

\_\_\_\_\_  
(Τόπος, Ημερομηνία, Υπογραφή)

Συνημμένο

- Ερωτηματολόγιο προσωπικών στοιχείων -

Συνημμένο  
στην αίτηση για αναγνώριση επαγγελματικών προσόντων για ένα επάγγελμα υγείας που αποκτήθηκαν στο εξωτερικό

## Ερωτηματολόγιο προσωπικών στοιχείων του αιτούμενου/της αιτουμένης

Επώνυμο	<input type="checkbox"/> Κορ <input type="checkbox"/> Κα	_____
Όνομα		_____
Οδός και αριθμός		_____
Τ.Κ. και τόπος		_____
Ημερομηνία γέννησης		_____
Τόπος γέννησης		_____
εάν απαιτείται, διαφορετικό όνομα κατά τη γέννηση		_____
Εθνικότητα		_____
Χώρα κατάρτισης		_____
Περιγραφή κατάρτισης στο εξωτερικό π.χ. pielgnarka, νοσοκόμος, occupational therapist, fizjoterapia		_____
Ηλεκτρονική διεύθυνση		_____
Αρ. σταθερού και κινητού τηλ.		_____
Πείρα στο διδασκόμενο επάγγελμα (σε έτη)		_____
Δραστηριοποιείστε στη Γερμανία; Δραστηριότητα;		_____

### Προσοχή:

Για να μπορέσουμε να σας παρέχουμε πλήρεις συμβουλευτικές υπηρεσίες και να επεξεργαστούμε σωστά την αίτησή σας, χρειαζόμαστε τα στοιχεία σας. Παρακαλούμε συμπληρώστε το ερωτηματολόγιο **πλήρως και ευανάγνωστα**.

Εάν χρειάζεται, μπορούμε να σας βοηθήσουμε κατά τη συμπλήρωσή του.

Πρέπει να μας δηλώσετε οπωσδήποτε τυχόν αλλαγές των προσωπικών σας στοιχείων, π.χ. σχετικές με τη διεύθυνση ή την επαγγελματική σας δραστηριότητα.

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας!