



Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία (Ν.Π.Δ.Δ.)

Θεμιστοκλέους 38, 10678 ΑΘΗΝΑ,

τηλ. 2103813380, 2103303721,

e-mail: vevaioseis@eoo.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Θέμα: Ενημέρωση σχετικά με τις Βεβαιώσεις Άσκησης Οδοντιατρικού Επαγγέλματος, τις Εξετάσεις και την Αναγνώριση Ειδικότητας.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 35 του Ν. 4025/2011 (ΦΕΚ Α' 228/2-11-2011), των άρθρων 113-117 του Ν.4600/2019 (ΦΕΚ Α' 43/9-3-2019) και την υπ' αριθμόν Γ5α/Γ.Π.οικ.24814 (ΦΕΚ 1372/Β/22-4-2019) ΥΑ, από 1/4/2019 η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία είναι η Αρμόδια Αρχή για:

(Α) τη χορήγηση, αναστολή, ανάκληση και ακύρωση βεβαίωσης άσκησης οδοντιατρικού επαγγέλματος και

(Β) τη διενέργεια εξετάσεων Ειδικότητας για τη χορήγηση τίτλου οδοντιατρικής ειδικότητας, την αναγνώριση ειδικότητας και τη χορήγηση βεβαίωσης χρόνου ειδικότητας.

Ως εκ τούτου, [στο διαδικτυακό τόπο της Ε.Ο.Ο.](#) βρίσκονται αναρτημένες οι αιτήσεις ανά κατηγορία, στις οποίες αναγράφονται αναλυτικά όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά.

Οι αιτήσεις που αφορούν τις βεβαιώσεις άσκησης επαγγέλματος και την απόκτηση τίτλου ειδικότητας, μαζί με τα συνυποβαλλόμενα δικαιολογητικά, **κατατίθενται** στην Ε.Ο.Ο. **ηλεκτρονικά, σκαναρισμένα έγχρωμα και ευκρινώς όλα τα συνημμένα**, στην ηλεκτρονική διεύθυνση vevaioseis@eoo.gr, και **υποχρεωτικά:**

(I) είτε αυτοπροσώπως ή με εξουσιοδότηση από τον υποψήφιο στα γραφεία της Ε.Ο.Ο., **Δευτέρα - Πέμπτη 10 π.μ. - 2 μ.μ.**, κατόπιν ραντεβού,

(II) είτε με συστημένη επιστολή στη διεύθυνση: Θεμιστοκλέους 38, Τ.Κ. 10678, ΑΘΗΝΑ, υπ' όψιν Γραφείου ΑΔΕΙΩΝ / ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ, 1^{ος} όροφος.

Στην περίπτωση που η υποβολή δε γίνεται αυτοπροσώπως, η αίτηση και η Υπεύθυνη Δήλωση θα πρέπει να φέρουν θεώρηση του γνήσιου της υπογραφής του υποψηφίου από Δημόσια Αρχή (ΚΕΠ ή Αστυνομικό Τμήμα). Εναλλακτικά, μπορείτε να [δημιουργήσετε και εκτυπώσετε νέα υπεύθυνη δήλωση μέσω του gov.gr](#) (με κωδικούς taxis net) αναγράφοντας το κείμενο περί μη καταδίκης και ότι η αίτηση που συνυποβάλλεται φέρει τη γνήσια υπογραφή του αιτούντα.

Για την υποβολή των αιτήσεων **απαιτείται η πληρωμή αντιτίμου**

(το ποσό αναγράφεται στο τέλος κάθε αίτησης ως κατάθεση αντί παραβόλου), με τραπεζική κατάθεση στις συνεργαζόμενες τράπεζες(στα ταμεία των Τραπεζών, ΑΤΜ, μηχανήματα αυτόματων συναλλαγών ή μέσω web banking):

EUROBANK, IBAN: GR80 0260 2010 0009 1020 1002 971 ή

ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ, IBAN: GR97 0172 1260 0051 2605 4126 001

Δικαιούχος: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ: Παράβολο Ε.Ο.Ο. για βεβαίωση άσκησης ή ειδικότητα

(ανάλογα με την αίτηση) & το ονοματεπώνυμο του υποψηφίου.

Το πρωτότυπο καταθετήριο επισυνάπτεται στο email σκαναρισμένο και:

(I) εφόσον η αίτηση κατατίθεται στα γραφεία της Ε.Ο.Ο., συνυποβάλλεται και φωτοτυπία του καταθετηρίου στον φάκελο για την έκδοση απόδειξης.

(II) εφόσον η αίτηση αποστέλλεται ταχυδρομικά, τότε συνυποβάλλεται και φωτοτυπία αυτού στον φάκελο, όπως εξηγείται στην προηγούμενη σελίδα.

Στη συνέχεια η Επιτροπή Ελέγχου των Αιτήσεων επιβεβαιώνει την ορθότητα της αίτησης και των συνυποβαλλόμενων δικαιολογητικών και αποφασίζει για την έκδοση Βεβαίωσης Άσκησης / Συμμετοχή σε Εξετάσεις / Τίτλο Ειδικότητας.

Προσοχή Η αίτηση λαμβάνει Αριθμό Πρωτοκόλλου **μόνο** όταν ελεγχθεί από την Επιτροπή της Ε.Ο.Ο. ότι ο φάκελος του υποψηφίου είναι ολοκληρωμένος με όλα τα αιτούμενα δικαιολογητικά, καθώς και η πληρωμή έχει γίνει ορθά.

Για περαιτέρω διευκρινήσεις ή ερωτήματα, οι ενδιαφερόμενοι να απευθύνονται απευθείας στην Ε.Ο.Ο. και συγκεκριμένα στα Γραφεία Βεβαιώσεων Άσκησης Οδοντιατρικού Επαγγέλματος και Ειδικοτήτων στα τηλέφωνα **210 3803816** και **210 3306638**, **Δευτέρα - Πέμπτη 10 π.μ. - 2 μ.μ.**