



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5^η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

Καρδίτσα:16-04-2024

Αρ.Πρωτ.:6973

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ
Τμήμα : Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού
Ταχ.Δ/ση: Τέρμα Ταυρωπού
Τ.Κ. :43100, Καρδίτσα
Τηλ.: 24413-51339
E-mail:prosopiku@noskard.gr

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΘΕΜΑ: «Συνεργασία του Γ.Ν. Καρδίτσας με έναν (1) γιατρό ειδικότητας Παιδιατρικής, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών».

ΗΔιοικήτρια του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσαςέχονταςυπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε από τον Ν. 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις» και τον Ν. 3527/2007 «Κύρωση Συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»
2. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 41 του Ν. 4058/2012 (ΦΕΚ 63/Α'/2012) όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.
3. Την υπ' αριθμ. πρωτ. Β2α/οικ.18385/28-03-2024 βεβαίωση του Γ.Δ.Ο.Υ του Υ.Υ.
4. Την με αρ. 8^η/15.02.2024/θ.130^ο Απόφαση της Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας.
5. Την με αρ. πρωτ. 3868/28-02-2024 Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας.
6. Την με αρ. πρωτ. Γ4β/13964/01-04-2024 Απόφαση του Υπουργείου Υγείας «Έγκριση συνεργασίας του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας με έναν (1) ιατρό ειδικότητας Παιδιατρικής, με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών».
7. Την με αρ. 20^η/12.04.2024/θ.343^ο Απόφαση της Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ, με Θέμα: «Λήψη απόφασης σχετικά με τον καθορισμό ημερομισθίου για την συνεργασία με έναν (1) γιατρό ειδικότητας Παιδιατρικής με καθεστώς Α.Π.Υ.» (ΑΔΑ:ΨΚ8Φ4690ΒΙ-ΛΛΙ).
8. Τον οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας ο οποίος δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 3518/τ.Β31-12-2012, σύμφωνα με την αριθμ. Υ4Α/ΟΙΚ. 120938 Κοινή υπουργική Απόφαση, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

9. Τις υπηρεσιακές ανάγκες για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία της Παιδιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου.

Προσκαλεί

Τους ενδιαφερόμενους για συνεργασία με το Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας και συγκεκριμένα ενός (1) ιδιώτη ΠΕ Ιατρού, ειδικότητας Παιδιατρικής, με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Παροχής Υπηρεσιών για χρονικό διάστημα δώδεκα (12) μηνών, που θα αφορά παροχή υπηρεσιών για Πέντε (5) πρωινά εβδομαδιαίως, σύμφωνα με το τακτικό ωράριο των Νοσοκομειακών Ιατρών (Επτάωρο συνεχές), με ημερομίσθιο 83,68€ (μεικτά), για πενήνθημερη εργασία ανά εβδομάδα, και ένταξη στο πρόγραμμα εφημεριών, σύμφωνα με το μηνιαίο πρόγραμμα της Παιδιατρικής Κλινικής, για επτά (7) ενεργείς εφημερίες. Οι εφημερίες θα υπολογίζονται με βάση την ημερήσια ενεργή εφημερία ενός Επιμελητή Β', μετά από την αύξηση 20% που επήλθε με τις διατάξεις του άρθρου 36 του Νόμου 5092/2024 (ΦΕΚ 35/04-03-2024), τ Α'), ήτοι:

Καθημερινή με 166,56 € / εφημερία (μεικτά)
Σάββατο με 225,82 € / εφημερία (μεικτά)
Κυριακή με 242,76 € / εφημερία (μεικτά)

ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ:

1. Να έχουν την ελληνική ιθαγένεια ή ιθαγένεια κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
2. Να έχουν την υγεία και την φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
3. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιούπαλληλική ιδιότητα.
4. Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.
5. Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στη Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες.

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ:

1. Πτυχίο Ιατρικής.
2. Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
3. Άδεια χρησιμοποίησης τίτλου της αντίστοιχης Ιατρικής ειδικότητας.
4. Βεβαίωση ιδιότητας μέλους Ιατρικού Συλλόγου, η οποία ιδιότητα πρέπει να υφίσταται τόσο κατά το χρόνο υποβολής της αιτήσεως και της λήξης της προθεσμίας υποβολής των Ηλεκτρονικών αιτήσεων, όσο και κατά το χρόνο υπογραφής της Σύμβασης.
5. Από τις ανωτέρω άδειες ή βεβαιώσεις ή την επαγγελματικής ταυτότητα, η οποίες πρέπει να είναι σε ισχύ, τόσο κατά το χρόνο υποβολής της αίτησης-υπεύθυνης δήλωσης και της λήξεως προθεσμίας αυτής, όσο και κατά το χρόνο υπογραφής της σύμβασης, πρέπει να αποδεικνύεται τότε ακριβώς απέκτησε ο υποψήφιος τη συγκεκριμένη άδεια ή βεβαίωση ή επαγγελματική ταυτότητα, που απαιτείται από την παρούσα, προκειμένου να προσμετρηθεί το κριτήριο της εμπειρίας από τη λήψη αυτών.

ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΣΥΝΕΚΤΙΜΩΜΕΝΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ:

1. Ο χρόνος προϋπηρεσίας/επαγγελματική εμπειρία.
2. Επιπλέον ακαδημαϊκά προσόντα (Μεταπτυχιακός ή Διδακτορικός τίτλος).

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΤΑΞΗΣ:

Θα επιλεγεί ο υποψήφιος που πληροί τα γενικά και υποχρεωτικά προσόντα και συγκεντρώνει τα περισσότερα συν εκτιμώμενα προσόντα με βάση την σειρά που έχουν τεθεί.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ:

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται και θα κατατεθούν με την αίτηση υποψηφιότητας είναι τα εξής:

1. Αίτηση(Παράρτημα 1).
2. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιονομική ιδιότητα.
3. Αντίγραφο αστυνομικού δελτίου ταυτότητας.
4. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
5. Αντίγραφο πτυχίου, στο οποίο θα αναγράφεται αριθμητικά και ο Βαθμός Επίδοσης. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται το πτυχίο με την σφραγίδα της Χάγης, η επίσημη μετάφρασή του και η απόφαση ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ, όπου απαιτείται. Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα από τις αρμόδιες προς τούτο αρχές της ημεδαπής. Στα απλά φωτοαντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILLE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό. Σε κάθε περίπτωση σύμφωνα με τα οριζόμενα στις αριθμ. ΔΙΣΚΠΟ /Φ. 15/οικ. 8342/1-4-2014 (ΑΔΑ: ΒΙΗ0Χ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ /Φ. Α. 2.3/21119/1-9-2014 (ΑΔΑ: ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίου του Υπουργείου Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή φωτοαντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση ότι τα έγγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί από δικηγόρο.
6. Αντίγραφο απόφασης άδειας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος.
7. Αντίγραφο άδειας χρησιμοποίησης τίτλου ιατρικής ειδικότητας.
8. Εκπλήρωση της υποχρεωτικής άσκησης υπηρεσίας υπαίθρου, αποδεικνυόμενη με Βεβαίωση του Υπουργείου Υγείας ή Βεβαίωση του ιδίου Υπουργείου ότι δεν απαιτείται.
9. Αποδεικτικά της Εργασιακής Εμπειρίας, όπως:
 - i. Βεβαίωση του οικείου ασφαλιστικού φορέα, στην οποία να αναγράφεται η διάρκεια της ασφάλισης και βεβαίωση από την οποία να προκύπτει η εμπειρία, ii. Υπεύθυνη Δήλωση του ενδιαφερόμενου, κατά το άρθρο 8 του ν.1599/1986, στην οποία να δηλώνονται, επακριβώς, ο χρόνος και το είδος της εμπειρίας του, καθώς και τα στοιχεία του εργοδότη, φυσικού προσώπου ή της επωνυμίας της επιχείρησης αν πρόκειται για νομικό πρόσωπο.
 - iii. Σε ειδικές περιπτώσεις και με τυχόν δικαστική απόφαση, από την οποία να προκύπτει το είδος της παρασχεθείσας εργασίας και η χρονική διάρκεια της παροχής της.

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ 2

10. Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.
11. Πιστοποιητικά υγείας από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο.
12. Φορολογική Ενημερότητα.
13. Ασφαλιστική Ενημερότητα.
14. Βιογραφικό.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ:

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής με τα απαραίτητα δικαιολογητικά αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, είτε και ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή ή με εταιρεία ταχυμεταφοράς (σε κλειστό φάκελο) **από Τετάρτη 17-04-2024 έως και Παρασκευή 10-05-2024** στη Γραμματεία του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες στη Διεύθυνση «ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ, Τέρμα Ταυρωπού, Τ.Κ. 43100, Καρδίτσα», με την ένδειξη: «Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την συνεργασία του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας με έναν (1) γιατρό ειδικότητας Παιδιατρικής, με καθεστώς Α.Π.Υ.». Για τις αιτήσεις που θα αποσταλούν ταχυδρομικώς, η ημερομηνία υποβολής προκύπτει είτε από την σφραγίδα του ταχυδρομείου, είτε από το αποδεικτικό παράδοσης στην εταιρεία ταχυμεταφοράς. Αιτήσεις που υποβάλλονται μετά την λήξη της προθεσμίας δεν γίνονται δεκτές. Η τελική επιλογή θα γίνει από τη διοίκηση του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας.

Η παρούσα πρόσκληση αναρτάται στην Διαύγεια, στην Ιστοσελίδα και στον πίνακα ανακοινώσεων του Νοσοκομείου και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στον Ιατρικό Σύλλογο Καρδίτσας.

Η Διοκλήτρια
Κουτσιούμπα
Μαίρα



ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ: (Ηλεκτρονικά)

1. 5^η Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας & Στ. Ελλάδας – Δ/νση Ανθρ. Δυναμικού
Περιοχή Μεζούρλο, Τ.Κ. 41110, Λάρισα,
email | : eprotocol@dypethessaly.gr, hr@dypethessaly.gr
2. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος email: pis@pis.gr
Πλουτάρχου 3 & Υψηλάντου, Τ.Κ. 10675, Αθήνα
(για δημοσίευση στο δελτίο που εκδίδει)
3. Ιατρικός Σύλλογος Καρδίτσας email: iskarditsas@otenet.gr
(Ηρώων Πολυτεχνείου 24, Τ.Κ. 43100, Καρδίτσα)

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1. Γραφείο Διοικητή

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ 2

2. Δ/ντρια Ιατρικής Υπηρεσίας
3. Πρ/νη Δ/κής-Οικ/κής Δ/νσης
4. Πρ/νη Οικονομικού Τμήματος
5. Δ/ντές Ιατρικών Τομέων
6. Δ/ντρια Παιδιατρικής Κλινικής
7. Τμήμα ΔΑΔ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ		
Επώνυμο :		
Όνομα :		
Όνομα Πατρός :		
Όνομα Μητέρας :		
Φύλο :	Άνδρας ☐	Γυναίκα ☐
Αριθμ. Δελτ. Ταυτότητας :		
ΑΜΚΑ :		
Α.Φ.Μ. :	Δ.Ο.Υ. :	
Ημερομηνία Γέννησης :		
Οδός κατοικίας :	Αριθμός :	
Δήμος :	Τηλ. Οικίας :	
Ταχ. Κώδικας :	Τηλ. Κινητό :	
Νομός :	Email:	
Περιφέρεια :		

Σας υποβάλλω Αίτηση Συμμετοχής για τις θέσεις :

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΗΜΜΕΝΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ	
(αριθμήστε σε εμφανές σημείο καθένα από τα συνυποβαλλόμενα δικαιολογητικά και τα υπόλοιπα έγγραφα που επισυνάπτετε και καταγράψτε τα εδώ ,ακολουθώντας την ίδια σειρά αρίθμησης)	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10..	

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986, δηλώνω ότι όλα τα στοιχεία της αίτησης μου είναι ακριβή και αληθή και κατέχω όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για τη θέση που έχω δηλώσει, όπως αυτά αναφέρονται στην Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος και αναγράφονται στην παρούσα αίτηση.

Επίσης, δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω λάβει γνώση της Δήλωσης Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Παράρτημα 4) της Η.ΔΙ.Κ.Α. Α.Ε. στο πλαίσιο της παρούσης Πρόσκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος.

Ημερομηνία/...../20
Ο/Η ΔΗΛΩΝ /-ΟΥΣΑ
(Ονοματεπώνυμο-Υπογραφή)