



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**4<sup>η</sup> Υγειον. Περιφέρεια Μακεδονίας & Θράκης  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ  
Υποδιεύθυνση Διοικητικού  
Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού**

TAX. Δ/ΝΣΗ : Άγιος Σίλας  
TAX. ΚΩΔΙΚΑΣ : 65500 Καβάλα  
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ : Ε.Βρασίδα  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ : 2513501545  
e-mail : iatryp@kavalahospital.gr

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν.  
ΚΑΒΑΛΑΣ ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ  
ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

Ο Διοικητής του Γ.Ν. Καβάλας λαμβάνοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» όπως αυτός τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε από τον Ν.3370/05 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις» και τον Ν.3527/07 «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. Τις διατάξεις του άρθρου 206 του Ν. 4820/2021 (ΦΕΚ 130/Α`/23-7-2021) περί υποχρεωτικότητας εμβολιασμού.
4. Την αριθμ. Γ3β/ΓΠ66302/29-12-2017 απόφαση του Υπουργείου Υγείας (ΑΔΑ: ΩΡΟ7465ΦΥΟ-Κ5Ε), η οποία τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με την αριθμ. Γ3α/ΓΠ21552/11-5-2018 απόφαση, με την οποία εγκρίθηκε από άποψη σκοπιμότητας η ανάπτυξη εξειδικευμένων υπηρεσιών για την υποστήριξη των πασχόντων από άνοια μέσω της ανάπτυξης Κέντρων Ημέρας από νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου.
5. Την αριθμ. 1000/26-2-2019 απόφαση της Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης (ΑΔΑ: 6ΠΒΡ7ΛΒ-6ΔΟ) με θέμα: «Ένταξη της Πράξης «ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΚΑΒΑΛΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΑΝΟΙΑ» με Κωδικό ΟΠΣ 50414967 στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ανατολική Μακεδονία και Θράκη 2014-2020».
6. Την αριθμ. Γ4β/65674/12-11-2021 απόφαση του Υπουργείου Υγείας περί έγκρισης συνεργασίας του ΓΝ Καβάλας με ιδιώτες ιατρούς ειδικότητας Ψυχιατρικής, με καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών.
7. Την αριθμ. 14/7-4-2022 (θέμα 15<sup>ο</sup>) απόφαση Διοικητικού Συμβουλίου του ΓΝ Καβάλας περί έγκρισης εκ νέου διενέργειας Πρόσκλησης συνεργασίας του ΓΝΚ με ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Ψυχιατρικής με καθεστώς έκδοσης Α.Π.Υ. για την υλοποίηση του έργου «Κέντρο Ημέρας Καβάλας για την υποστήριξη πασχόντων από άνοια» χρονικής διάρκειας ενός (1) έτους με δυνατότητα παράτασης.

8.Την αριθμ. 419/1-4-2022 απόφαση Διοικητή του ΓΝ Καβάλας περί έγκρισης δέσμευσης πίστωσης.

9.Την αριθμ. 3016/11-2-2022 Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιδιώτες ιατρούς ειδικότητας Ψυχιατρικής με καθεστώς Α.Π.Υ., η οποία απέβη άγονη ως προς τη μία (1) θέση του Ψυχιάτρου δεδομένου του γεγονότος ότι υποβλήθηκε μία (1) αίτηση για το έργο «ανάπτυξη υπηρεσιών ολοκληρωμένης κοινοτικής θεραπείας, κατ' οίκον νοσηλείας από το Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας».

10.Το γεγονός ότι κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας με το αρμόδιο τμήμα του Υπουργείου Υγείας (Δ/νση Ανθρώπινου Δυναμικού Ν.Π.- Τμήμα Β' υπεύθυνη κα. Μ. Χαλικοπούλου) μας γνωστοποιήθηκε η δυνατότητα διενέργειας εκ νέου Πρόσκλησης με την αριθμ. Γ4β/65674/12/11-2021 ήδη υπάρχουσα εγκριτική απόφαση του Υπουργείου Υγείας όσον αφορά στην υλοποίηση του έργου «κέντρο ημέρας Καβάλας για την υποστήριξη πασχόντων από άνοια».

11. Τον Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας (Υ4α/οικ.122819/2012 Κ.Υ.Α. ΦΕΚ 3506/Β/31-12-2012).

12. Την αριθμ.Γ4β/Γ.Π.οικ.1730/13-1-2020 απόφαση του Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ 16/ΥΟΔΔ/14-1-2020) περί διορισμού του Διοικητή του Γ.Ν. Καβάλας κ. Κλεισιώτη Κωνσταντίνου.

## ΚΑΛΕΙ

Ειδικευμένο ιατρό Ψυχιατρικής να συνεργαστεί με το Γ.Ν. Καβάλας υπό το καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για την υλοποίηση του έργου «κέντρο ημέρας Καβάλας για την υποστήριξη πασχόντων από άνοια» χρονικής διάρκειας ενός (1) έτους με δυνατότητα παράτασης ως ακολούθως:

α/α	ΦΟΡΕΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
1	ΓΝ ΚΑΒΑΛΑΣ (Κέντρο ημέρας Καβάλας για την υποστήριξη πασχόντων από άνοια)	1	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ	1 έτος

## ΘΕΣΗ - ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ

Το **Κέντρο Ημέρας** είναι μία Μονάδα ημερήσιας φροντίδας ασθενών με άνοια ή προγεροντική άνοια (Alzheimer) και άλλες συναφείς διαταραχές. Η Φροντίδα παρέχεται σε δεκαπέντε έως δεκαοχτώ (15-18) ηλικιωμένους πάσχοντες από άνοια ή προγεροντική άνοια (Alzheimer) και περιλαμβάνει οργάνωση και εφαρμογή ατομικών και ομαδικών θεραπευτικών ομάδων.

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις στοχεύουν:

- στη διατήρηση και την κατά το δυνατόν νοητική ενδυνάμωση των ασθενών
- στην κινητοποίησή τους,
- στη διατήρηση ή και επανεκμάθηση δεξιοτήτων και επικοινωνιακών ικανοτήτων για όσο περισσότερο χρονικό διάστημα είναι δυνατόν,
- στην παράλληλη χορήγηση της ενδεικνυόμενης φαρμακευτικής αγωγής,
- στο σχεδιασμό και την παροχή προγραμμάτων πληροφόρησης – ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των φροντιστών (σε ομαδικό και ατομικό επίπεδο),

- στην εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη των συγγενών πασχόντων από άνοια.

Ο ψυχίατρος θα απασχολείται στο Κέντρο Ημέρας, για τη στέγαση του οποίου θα εκμισθωθεί κατάλληλος χώρος με τη χρηματοδότηση από το ΕΣΠΑ..

Στα καθήκοντα συμπεριλαμβάνονται:

- η τήρηση φακέλου των ασθενών με όλες τις προδιαγραφές διασφάλισης των προσωπικών δεδομένων, για διαγνώσεις, πορεία εξέλιξης νόσου
- η συμπλήρωση εντύπου παραπομπής (παραπεμπτικό σημείωμα) εφόσον κριθεί κάτι τέτοιο αναγκαίο
- η χορήγηση της ενδεικνυόμενης φαρμακευτικής αγωγής
- η τήρηση βιβλίου συμβάντων όπου θα καταχωρίζονται όλες οι δραστηριότητες καθημερινά, καθώς και τυχόν αιτήματα και παραπομπές
- η διασφάλιση των δικαιωμάτων του ασθενούς,
- η υποστήριξη της οικογένειας και
- η καταγραφή του ψυχιατρικού ιστορικού και της εξέλιξης της πορείας του ασθενούς.

## **ΑΜΟΙΒΗ**

Η αμοιβή των παρεχόμενων υπηρεσιών του Ψυχιάτρου για την υλοποίηση του έργου «Κέντρο Ημέρας Καβάλας για την υποστήριξη πασχόντων από άνοια» έχει προσδιοριστεί με βάση τις αποδοχές ενός επικουρικού ιατρού με το βαθμό του Επιμ. Β΄.

### **Οι υποψήφιοι πρέπει να:**

1. Κατέχουν την Ελληνική ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από κράτη μέλη της Ε.Ε.
2. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την ιδιότητα των Δημοσίων Υπαλλήλων.
3. Οι άντρες υποψήφιοι να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να κατέχουν Πιστοποιητικό Νόμιμης Απαλλαγής από αυτές.
4. Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.
5. Να κατέχουν άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
6. Να κατέχουν τίτλο αντίστοιχης με τη θέση ιατρικής ειδικότητας.
7. Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
8. Εφόσον επιλεγθούν να προσκομίσουν βεβαίωση έναρξης από την Δ.Ο.Υ. της επαγγελματικής τους έδρας ως επιτηδευματίες.
9. Εφόσον επιλεγθούν υποχρεούνται να προσκομίσουν πιστοποιητικό εμβολιασμού κατά της COVID – 19.

### **ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

1. Αίτηση – δήλωση υποψηφιότητας (επισυνάπτεται σχετικό υπόδειγμα)
2. Υπεύθυνη Δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα
3. Αντίγραφο αστυνομικού Δελτίου Ταυτότητας
4. Αντίγραφο πτυχίου.

Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί επίσημα 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.

Σύμφωνα με τα οριζόμενα στις υπ' 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 Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή αντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση να φαίνεται ότι τα αντίγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί από δικηγόρο.

5. Αντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος.
6. Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου Ιατρικής Ειδικότητας.
7. Βεβαίωση εγγραφής Ιατρικού Συλλόγου στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.
8. Πιστοποιητικά Υγείας από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο.
9. Φορολογική ενημερότητα.
10. Ασφαλιστική ενημερότητα.
11. Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα.

#### **ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν την αίτηση συμμετοχής μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά είτε αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή, είτε ταχυδρομικά στην διεύθυνση:

«ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ  
ΑΓΙΟΣ ΣΙΛΑΣ Τ.Κ. 65500 ΚΑΒΑΛΑ»

με την ένδειξη «για την πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιδιώτη ιατρό Ψυχίατρο - Κέντρο Ημέρας Καβάλας για την υποστήριξη πασχόντων από άνοια».

Όσοι ιατροί ενδιαφέρονται για την εν λόγω θέση, πρέπει να υποβάλλουν αίτηση μέσα σε αποκλειστική προθεσμία πέντε (5) ημερών από την ημέρα ανάρτησης της πρόσκλησης αυτής, δηλαδή από 16-5-2022 έως και 20-5-2022.

Ως ημερομηνία κατάθεσης σε περίπτωση αποστολής των αιτήσεων ταχυδρομικώς, λογίζεται η ημερομηνία αποστολής του φακέλου, η οποία αποδεικνύεται από τη σφραγίδα ταχυδρομείου ή με αποδεικτικό της εταιρείας ταχυμεταφοράς, ο οποίος φάκελος μετά την αποσφράγιση του επισυνάπτεται στην αίτηση του υποψηφίου.

Αιτήσεις που θα υποβληθούν εκπρόθεσμα δεν θα ληφθούν υπόψη.

Η παρούσα Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ και στην ηλεκτρονική Διεύθυνση του Νοσοκομείου μας ([www.kavalahospital.gr](http://www.kavalahospital.gr)). Επίσης αποστέλλεται ηλεκτρονικά στην 4<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στον Ιατρικό Σύλλογο Καβάλας.

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ του Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ**

**ΚΛΕΙΤΣΙΩΤΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ  
ΘΕΣΗ:.....

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα πατρός:

Αριθμός τηλεφώνου:

E-mail:

Ημερομηνία γέννησης:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Α) Αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθμ..... πρόσκλησης  
εκδήλωσης ενδιαφέροντος για υποβολή πρότασης.

Β) Διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα (σε  
πρωτότυπα ή επίσημα αντίγραφα).

Γ) Για την ανάληψη του έργου και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αμοιβής δεν  
συντρέχει κανένα κώλυμα στο πρόσωπό μου και σε αντίθετη περίπτωση, θα φροντίσω  
για την άρση κάθε κωλύματος για το σκοπό αυτό, εφόσον η παρούσα πρόταση μου  
γίνει δεκτή.

Ημερομηνία:

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή



