

Αναρτητέο στο Διαδίκτυο
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
4^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ
ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ : Νέο Νοσοκομείο
 Περιοχή Αγ. Σίλα Καβάλας
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: 2513501545
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:
FAX:
Καβάλα: 3-4-2013**Αρ.Πρωτ: 97**
ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ
ΙΑΤΡΟ ΠΑΘΟΛΟΓΟ ΥΠΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ
ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Εχοντας υπόψη :

- α) Τις διατάξεις του άρθρου 41 παρ.1 του Ν. 4058/2012 (ΦΕΚ 63/ 22-3-2012 τΑ)
- β) Την υπ' αριθμ. πρωτ.Υ4α/οικ.43954/26-4-2012 εγκύκλιο του ΥΥ&Κ
- γ) Το υπ' αριθμ. πρωτ. 58/15-3-2013 εισήγηση Επιστημονικού Συμβουλίου του Ιδρύματός μας
- δ) Την υπ' αριθμ 66/19-3-2013 απόφαση Διοικητή του Γ.Ν.Καβάλας
- ε) Το υπ' αριθμ πρωτ. 4436/29-3-2013 έγγραφο έγκρισης συνεργασίας με νοσηλευτές υπό καθεστώς έκδοσης Δελτίου Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών , του Διοικητή της 4^{ης} ΥπΠΕ Μακεδονίας Θράκης
- στ) Τον Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας

Προσκαλούμε τους ενδιαφερόμενους ιατρούς σε συνεργασία με το Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας , με το καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για την παρακάτω ειδικότητα:

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ	6 ΜΗΝΕΣ	1

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΚΥΡΙΑ ΠΡΟΣΩΝΤΑ

- Πτυχίο ή δίπλωμα Ιατρικής ΑΕΙ,
- Αδεια άσκησης επαγγέλματος
- Τίτλο αντίστοιχης με τη θέση ιατρικής ειδικότητας

ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ

Η συγκριτική αξιολόγηση των υποψηφίων για την επιλογή τους στη συγκεκριμένη θέση, θα γίνει σύμφωνα με τα παρακάτω κριτήρια:

Α) ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ σε Νοσοκομεία της Ελλάδας ή του
Εξωτερικού σε έμμισθη θέση (100 μον)
Εμπειρία λαμβάνεται υπόψη μετά την λήψη του τίτλου της ζητούμενης ιατρικής
ειδικότητας

Β) ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ

Η προϋπηρεσία του υπαλλήλου ως ειδικευμένου ιατρού ,αξιολογείται ποσοτικά και λαμβάνεται συγκεκριμένα υπόψη η προϋπηρεσία σε

- φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (50 μον)
- Ιδιωτικό τομέα και ελεύθερο επάγγελμα (30 μον)

Γ) ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ενώπιον της τριμελούς Επιτροπής που αποτελείται από τον Διοικητή του Νοσοκομείου ή το νόμιμο αναπληρωτή του, την Δ/τρια Ιατρικής Υπηρεσίας ή τον Δ/ντή Β Παθολογικού Τομέα και τον Διοικητικό Διευθυντή του Νοσοκομείου (20 μον)

ΟΙ ΥΠΟΨΗΦΙΟΙ ΠΡΕΠΕΙ :

- Να είναι Έλληνες Πολίτες
- Να έχουν την υγεία και τη φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της ειδικότητας που επιλέγουν
Σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος για συνεργασία υποχρεωτική θα είναι η υποβολή πλήρους πιστοποιητικού υγείας
- Να μην έχουν καταδικασθεί για κακούργημα ή σε οποιαδήποτε άλλη ποινή για κλοπή υπεξαίρεση , καταπίεση, απιστία περί την υπηρεσία, παράβαση
- καθήκοντος καθ'υποτροπή , συκοφαντική δυσφήμιση, καθώς για οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής
- Να μην είναι υπόδικοι και δεν έχουν παραπεμφθεί με τελεσίδικο βούλευμα για κακούργημα ή για πλημμέλημα της προηγούμενης περίπτωσης , έστω και αν το αδίκημα παραγράφηκε.
- Να μην έχουν ,λόγω καταδίκης στερηθεί τα πολιτικά τους δικαιώματα και για όσο χρόνο διαρκεί ή στέρηση αυτή, ότι δεν τελούν υπό δικαστική συμπαράσταση
Σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος για συνεργασία ,για την απόδειξη των ανωτέρω θα γίνει αυτεπάγγελτη αναζήτηση ποινικού μητρώου
- Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή
- Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στην Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες
- Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών
- **Να είναι ηλικίας έως πενήντα (50) ετών**

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Οι υποψήφιοι για την απόδειξη των απαιτούμενων προσόντων , των λοιπών ιδιοτήτων τους και της εμπειρίας τους οφείλουν να προσκομίσουν , **νομίμως επικυρωμένα** , όλα τα απαιτούμενα από τη παρούσα ανακοίνωση δικαιολογητικά:

1. **Αίτηση σε ειδικό έντυπο**
2. **Τίτλο σπουδών .**
3. **Άδεια άσκησης επαγγέλματος**
Επισημαίνεται ότι η άδεια άσκησης επαγγέλματος πρέπει να είναι σε ισχύ κατά το χρόνο υποβολής της αίτησης
4. **Απόφαση Τίτλου Ειδικότητας**
5. **Φωτοαντίγραφο των δύο όψεων του ατομικού δελτίου ταυτότητας ή πιστοποιητικό γέννησης.**
6. **Σύντομο Βιογραφικό σημείωμα**
7. **Πιστοποιητικά απόδειξης κλινικής εμπειρίας**
 - α) Πιστοποιητικό του Δ/ντή τμήματος που θα είναι υπογεγραμμένο και από τον αντίστοιχο Δ/ντή Τομέα καθώς και από τον Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας , στο οποίο θα αναγράφεται λεπτομερώς και συγκεκριμένα το κλινικό έργο του υποψηφίου , καθώς και η γενικότερη παρουσία του μέσα στην κλινική.)
 - β) Για όσους είναι κάτοχοι διδακτορικού ή μεταπτυχιακού τίτλου , αντίστοιχο πιστοποιητικό αναγνώρισης της συνάφειας του αντικειμένου με την ζητούμενη ειδικότητα
8. **Πιστοποιητικά απόδειξης ιατρικής προϋπηρεσίας**
 - Για τους **μισθωτούς** ιδιωτικού Τομέα βεβαίωση από την οποία να προκύπτει ο εργοδότης , το είδος και η χρονική διάρκεια της προϋπηρεσίας
 - Για τους **ελεύθερους επαγγελματίες** βεβαίωση από την αρμόδια Δ.Ο.Υ. από οποία να προκύπτει η άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος (Ιδιωτικό Ιατρείο)
9. **Για τους άνδρες Υ.Δ. ολοκλήρωσης των στρατιωτικών τους Υποχρεώσεων**
Σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος , θα υποβληθεί από τον ενδιαφερόμενο Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης
10. **Βεβαίωση Ιατρικού Συλλόγου** από την οποία να προκύπτει ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος , η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης της

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση αυτοπροσώπως , είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο ,εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή, είτε ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή , στο τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας κα στη Διεύθυνση ΑΓ. ΣΙΛΑΣ , ΤΚ 65500 ΚΑΒΑΛΑ υπόψη κ. Βρασίδα Εφης (τηλ επικοινωνίας 2513501545)
Στη περίπτωση αποστολής των αιτήσεων ταχυδρομικώς το εμπρόθεσμο των αιτήσεων κρίνεται με βάση την ημερομηνία που φέρει ο φάκελος αποστολής , ο οποίος μετά την αποσφράγιση του επισυνάπτεται στην αίτηση των υποψηφίων.

Προθεσμία υποβολής των αιτήσεων είναι πέντε (5) ημέρες και ορίζεται από 8-4-2013 έως 12-4-2013

ΑΝΑΡΤΗΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΥΠΟΒΟΛΗ ΕΝΣΤΑΣΕΩΝ

Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας επιλογής , η υπηρεσία μας θα αναρτήσει το αργότερο μέσα σε πέντε (5) ημέρες από την λήξη της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων συμμετοχής, τον πίνακα κατάταξης των υποψηφίων στο κατάστημα των γραφείων μας .

Κατά του πίνακα αυτού επιτρέπεται στους ενδιαφερόμενους ή άσκηση ένστασης μέσα σε αποκλειστική προθεσμία τριών (3) εργασίμων ημερών η οποία αρχίζει από την επομένη ημέρα της ανάρτησής τους.

Η ένσταση κατατίθεται ή αποστέλλεται με συστημένη επιστολή στη διεύθυνση του Νοσοκομείου.

Η ένσταση εξετάζεται από τη τριμελή επιτροπή αποτελούμενη από τον Διοικητή ή το νόμιμο αναπληρωτή του , την Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας ή τον Δ/ντή Β Παθολογικού Τομέα και το Διοικητικό Διευθυντή του Ιδρύματός μας η οποία αποφαινεται και ενημερώνει τον υποψήφιο εντός χρονικού διαστήματος τριών (3) ημερών.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

α.α

ΜΠΟΥΣΜΟΥΚΙΔΙΑ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ