



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
4^η Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ**

**Υποδιεύθυνση Διοικητικού
Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού**

**ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ
Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, 28/08/2026
Α.Π.: 24289**

Ταχ. Δ/ση : Άγιος Σίλας - Καβάλα
Ταχ. Κώδικας : 65500
Πληροφ. : Ευθυμίου Α.
Τηλέφωνο : 2513501596
E-mail : prosopiko@kavalahospital.gr

Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την συνεργασία του Γ.Ν. Καβάλας με τρεις (3) εξωτερικούς συνεργάτες, δύο (2) ειδικότητας ΔΕ Χειριστών Εμφανιστών Ακτινολογικών Εργαστηρίων και έναν/μία (1) ειδικότητας ΤΕ Ραδιολογίας Ακτινολογίας, υπό το καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών (Δ.Α.Π.Υ.) για ένα (1) έτος

Ο Διοικητής του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας, Γερόπουλος Αχιλλεύς, ο οποίος διορίστηκε με την αριθ. Γ4β/Γ.Π.οικ.36203/13-08-2025 απόφαση του Υπουργού Υγείας και του Υφυπουργού Υγείας (ΦΕΚ 1046/18-08-2025/τ.ΥΟΔΔ),
Λαμβάνοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 41 του Ν. 4058/2012 (ΦΕΚ 63/τ.Α/22-03-2012) όπως έχουν τροποποιηθεί με τις διατάξεις του άρθρου 34 του Ν. 5161/2024 (ΦΕΚ 196/τ.Α/29-11-2024) και ισχύουν.
2. Την Υ4α/οικ.122819/21-12-2012 ΚΥΑ «Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας» (ΦΕΚ 3506/τ.Β/31-12-2012) όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.
3. Το υπ' αριθ. πρωτ. Γ4β/οικ. 6136/04-02-2025 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας: «Σχετικά με αιτήματα περί έγκρισης πρόσληψης λοιπού, πλην ιατρών, επικουρικού προσωπικού και περί συνεργασίας με ιδιώτες με καθεστώς έκδοσης απόδειξη παροχής υπηρεσιών».
4. Το π.δ. 85/2022 (ΦΕΚ Α'232) «Καθορισμός προσόντων διορισμού σε φορείς του Δημοσίου (Προσontonολόγιο-Κλαδολόγιο)».
5. Το υπ' αριθ. πρωτ. **18062/23-06-2026 Ορθή Επανάληψη** έγγραφο του Αν. Προϊσταμένου του Παραϊατρικού Προσωπικού του Γ.Ν. Καβάλας.
6. Το υπ' αριθ. πρωτ. **18209/25-06-2026** έγγραφο της Διεύθυνσης Οικονομικών Υπηρεσιών του Γ.Ν. Καβάλας με θέμα «Βεβαίωση δέσμευσης πίστωσης».
7. Το υπ' αριθ. πρωτ. **18328/26-06-2026 Απόσπασμα Πρακτικού της 19^{ης}/1^ο/26-06-2026 Έκτακτης Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου** του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας.
8. Το υπ' αριθ. πρωτ. 32327/06-07-2026 έγγραφο της 4^{ης} Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης και το υπ' αριθ. πρωτ. 18501/26-06-2026 έγγραφο του Γ.Ν. Καβάλας αναφορικά με τη συνεργασία του Νοσοκομείου με έναν (1) εξωτερικό συνεργάτη ειδικότητας ΤΕ

Ραδιολογίας Ακτινολογίας και με δύο (2) εξωτερικούς συνεργάτες ειδικότητας ΔΕ Χειριστών Εμφανιστών Ακτινολογικών Εργαστηρίων, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για την κάλυψη των αναγκών του Νοσοκομείου.

9. Την υπ' αριθ. πρωτ. Β2α, Β1α/οικ.34377/21-07-2026 βεβαίωση του Γ.Δ.Ο.Υ. του Υπουργείου Υγείας.
10. Την υπ' αριθ. πρωτ. Γ4β/32377/27-07-2026 Εγκριτική Απόφαση του Υφυπουργού Υγείας με θέμα: «Έγκριση συνεργασίας του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας με τρεις (3) εξωτερικούς συνεργάτες, δύο (2) ειδικότητας ΔΕ Χειριστών Εμφανιστών Ακτινολογικών Εργαστηρίων και έναν (1) ειδικότητας ΤΕ Ραδιολογίας Ακτινολογίας, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών» (αριθ. πρωτ. εισερχόμενου εγγράφου: 21585/28-07-2026).
11. Το υπ' αριθ. πρωτ. 21768/24-08-2026 απόσπασμα πρακτικού Θέμα 29^ο της 23^{ης}/11-08-2026 Τακτικής Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας με το οποίο ομόφωνα αποφασίστηκε η έγκριση διενέργειας πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος συνεργασίας του Γ.Ν. Καβάλας με δύο (2) εξωτερικούς συνεργάτες ειδικότητας ΔΕ Χειριστών Εμφανιστών Ακτινολογικών Εργαστηρίων και με έναν/μία (1) ειδικότητας ΤΕ Ραδιολογίας Ακτινολογίας, υπό το καθεστώς έκδοσης Α.Π.Υ. (μπλοκάκι) για απασχόληση σε επτάωρο κυκλικό ωράριο σε πενθήμερη βάση εργασίας εβδομαδιαίως, για χρονικό διάστημα δώδεκα (12) μηνών για παρεχόμενες υπηρεσίες στο Ακτινολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας.
12. Τις υπηρεσιακές ανάγκες του Ακτινολογικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας σε παραϊατρικό προσωπικό ειδικότητας ΤΕ Ραδιολογίας Ακτινολογίας και ΔΕ Χειριστών Εμφανιστών Ακτινολογικών Εργαστηρίων .

ΚΑΛΕΙ

Εξωτερικούς συνεργάτες (ιδιώτες) ειδικότητας ΤΕ Ραδιολογίας Ακτινολογίας και εξωτερικούς συνεργάτες (ιδιώτες) ειδικότητας ΔΕ Χειριστών Εμφανιστών Ακτινολογικών Εργαστηρίων να συνεργαστούν με το Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, υπό το καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για απασχόληση σε επτάωρο κυκλικό ωράριο σε πενθήμερη βάση εργασίας για δώδεκα (12) μήνες, για παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν την κάλυψη των αυξημένων αναγκών του Ακτινολογικού Τμήματος του εν λόγω φορέα:

α/α	ΦΟΡΕΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ
1	Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ	1	ΤΕ Ραδιολογίας Ακτινολογίας	12 μήνες
1	Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ	2	ΔΕ Χειριστών Εμφανιστών Ακτινολογικών Εργαστηρίων	12 μήνες

ΘΕΣΗ - ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ

Η παροχή υπηρεσιών από έναν/μία (1) εξωτερικό συνεργάτη (ιδιώτη) ειδικότητας ΤΕ Ραδιολογίας Ακτινολογίας **και** από δύο (2) εξωτερικούς συνεργάτες (ιδιώτες) ειδικότητας ΔΕ Χειριστών Εμφανιστών Ακτινολογικών Εργαστηρίων θα περιλαμβάνει:

- α) τον ακτινολογικό έλεγχο και την υγειονομική φροντίδα των ασθενών και
- β) τον χειρισμό του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και τη διενέργεια από τις προβλεπόμενες από την ειδικότητά τους παραϊατρικές πράξεις, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.

ΑΜΟΙΒΗ:

Η αμοιβή των παρεχόμενων υπηρεσιών έχει προσδιοριστεί σύμφωνα με όσα προβλέπονται στο ενιαίο μισθολόγιο για τις αποδοχές ενός νεοπροσληφθέντος κλάδου/ειδικότητας ΤΕ Βιοϊατρικών Επιστημών/ ΤΕ Ραδιολογίας Ακτινολογίας και ενός νεοπροσληφθέντος κλάδου/ειδικότητας ΔΕ Χειριστών Εμφανιστών Ακτινολογικών Εργαστηρίων με ένταξή τους στο 1^ο Μισθολογικό Κλιμάκιο, το δικαιούμενο βάση κλάδου/ειδικότητας επίδομα ανθυγιεινής εργασίας συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ των νόμιμων κρατήσεων και των ασφαλιστικών εισφορών ΕΦΚΑ.

ΟΙ ΥΠΟΨΗΦΙΟΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ:

1. Να είναι Έλληνες πολίτες.
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:

ΠΡΟΣΟΝΤΑ βάσει του π.δ. 85/2022 (ΦΕΚ Α'232) του κλάδου/ειδικότητας:**ΤΕ Βιοϊατρικών Επιστημών/ ΤΕ Ραδιολογίας Ακτινολογίας:**

- α) Πτυχίο ή δίπλωμα Ραδιολογίας και Ακτινολογίας ή Ακτινολογίας και Ακτινοθεραπείας Τ.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ισότιμος τίτλος αντίστοιχης ειδικότητας σχολών της αλλοδαπής.
- β) Η απαιτούμενη βεβαίωση ότι πληροί όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του επαγγέλματος από την αρμόδια διοικητική αρχή.
- γ) Γνώση χειρισμού Η/Υ στα αντικείμενα: (i) επεξεργασίας κειμένων, (ii) υπολογιστικών φύλλων και (iii) υπηρεσιών διαδικτύου.

ΠΡΟΣΟΝΤΑ βάσει του π.δ. 85/2022 (ΦΕΚ Α'232) του κλάδου/ειδικότητας:**ΔΕ Χειριστών Εμφανιστών Ακτινολογικών Εργαστηρίων:**

ΚΥΡΙΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ: Πτυχίο ή δίπλωμα ή απολυτήριο τίτλος ειδικότητας Ιατρικών Συσκευών Απεικονίσεων ή Ιατρικών Συσκευών Ακτινοθεραπείας ή Βοηθών Ακτινολογικών Εργαστηρίων ή Χειριστών Ιατρικών Συσκευών ή Βοηθών Ιατρικών Συσκευών ή Βοηθός Ραδιολογίας και Ακτινολογίας ή Βοηθός Ακτινολογικών Εργαστηρίων Επαγγελματικής Ειδικότητας, Εκπαίδευσης και Κατάρτισης επιπέδου 5 (Ι.Ε.Κ. ή Μεταλυκειακού Έτους - Τάξη Μαθητείας ΕΠΑ.Λ.) ή Επαγγελματικής Κατάρτισης επιπέδου μεταδευτεροβάθμιας επαγγελματικής εκπαίδευσης Ι.Ε.Κ. ή Επαγγελματικού Λυκείου (ΕΠΑ.Λ.) ή Επαγγελματικής

Ειδικότητας, Εκπαίδευσης και Κατάρτισης επιπέδου 4 ΕΠΑ.Λ. ή Τεχνικού Επαγγελματικού Εκπαιδευτηρίου (Τ.Ε.Ε.) Β΄ κύκλου σπουδών ή Τεχνικού Επαγγελματικού Λυκείου (Τ.Ε.Λ.) ή Τμήματος Ειδίκευσης Ενιαίου Πολυκλαδικού Λυκείου (Ε.Π.Λ.) ή Μέσης Τεχνικής Επαγγελματικής Σχολής Εργοδηγών (Ν.Δ. 580/1970) ή άλλος ισότιμος τίτλος σχολικής μονάδας της ημεδαπής ή αλλοδαπής, αντίστοιχης ειδικότητας.

ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ: Πτυχίο ή δίπλωμα ή απολυτήριο τίτλος ειδικότητας Βοηθών Ακτινολογικών Εργαστηρίων Επαγγελματικής Σχολής (ΕΠΑ.Σ.) ν.3475/2006 ή Επαγγελματικής Σχολής (ΕΠΑ.Σ.) Μαθητείας ΟΑΕΔ ν.3475/2006 ή Επαγγελματικής Σχολής ΟΑΕΔ (ν.4763/2020) ή Επαγγελματικής Σχολής Κατάρτισης Ε.Σ.Κ. (ν.4763/2020) ή Σχολής Επαγγελματικής Κατάρτισης Σ.Ε.Κ. (ν.4186/2013) ή Τεχνικού Επαγγελματικού Εκπαιδευτηρίου Τ.Ε.Ε. Α΄ κύκλου σπουδών ή Τεχνικής Επαγγελματικής Σχολής Τ.Ε.Σ. (ν.1566/1985 ή ν.576/1997) ή Σχολής Μαθητείας ΟΑΕΔ (ν.1346/1983 ή ν.1566/1985) ή άλλος ισότιμος τίτλος σχολικής μονάδας της ημεδαπής ή αλλοδαπής, αντίστοιχης ειδικότητας.

ΠΡΟΣΘΕΤΟ ΠΡΟΣΟΝ: Η γνώση χειρισμού Η/Υ στα αντικείμενα: (i) επεξεργασίας κειμένων, (ii) υπολογιστικών φύλλων και (iii) υπηρεσιών διαδικτύου.

ΓΝΩΣΕΙΣ: Εξειδικευμένες παραϊατρικές γνώσεις, Γνώση των διεθνών κανόνων υγιεινής και ασφάλειας, Γνώση κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, Γνώση της νομοθεσίας για τα δικαιώματα των ασθενών, Γνώση χρήσης ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

5. Θα εκτιμηθεί ιδιαίτερα εμπειρία και προϋπηρεσία σε Νοσηλευτικές δομές καθώς και οποιοδήποτε συναφές δικαιολογητικό που να αποδεικνύει τη γνώση του χειρισμού του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (σεμινάρια, πιστοποιήσεις κλπ)

6. Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που θα επιλέγουν.

7. Εφόσον επιλεγούν να προσκομίσουν βεβαίωση έναρξης ως επιτηδευματίες από την Δ.Ο.Υ. της επαγγελματικής τους έδρας.

8. Να προσκομίσουν εφόσον επιλεγούν, φορολογική κι ασφαλιστική ενημερότητα πριν την υπογραφή της Σύμβασης.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

Οι ενδιαφερόμενοι πρέπει να υποβάλλουν:

1. Αίτηση – δήλωση υποψηφιότητας (επισυνάπτεται σχετικό υπόδειγμα).
- 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.
6. Πιστοποιητικά Υγείας από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και από Ψυχίατρο.
7. Φορολογική ενημερότητα.
8. Ασφαλιστική ενημερότητα.
9. Βεβαιώσεις προϋπηρεσίας.
10. Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα.
11. Άλλα πιστοποιητικά που μπορούν να συνεκτιμηθούν.

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, στο Τμήμα Πρωτοκόλλου του Γ.Ν. Καβάλας, είτε ταχυδρομικά στην κάτωθι αναφερόμενη διεύθυνση και με την εξής ένδειξη:

*«ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ
ΑΓΙΟΣ ΣΙΛΑΣ – Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ, Τ.Κ. 65500»*

«Για την πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συνεργασία του Γ.Ν. Καβάλας με έναν/μία (1) εξωτερικό συνεργάτη ειδικότητας ΤΕ Ραδιολογίας Ακτινολογίας και με δύο (2) εξωτερικούς συνεργάτες ειδικότητας ΔΕ Χειριστών Εμφανιστών Ακτινολογικών Εργαστηρίων με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για ένα (1) έτος».

Όσοι ενδιαφέρονται για τις θέσεις, πρέπει να υποβάλλουν αίτηση μέσα σε αποκλειστική προθεσμία δέκα (10) εργάσιμων ημερών από την ημέρα ανάρτησης της πρόσκλησης αυτής, δηλαδή από **Δευτέρα 31-08-2026 έως και Παρασκευή 11-09-2026 στις 12:00 μ.μ.**

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 σύστημα ΔΙΑΥΓΕΙΑ και στην ηλεκτρονική Διεύθυνση του Νοσοκομείου μας (www.kavalahospital.gr). Επίσης αποστέλλεται ηλεκτρονικά στην 4^η Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης.

Οι υποψήφιοι για την κάλυψη των προκηρυσσόμενων θέσεων θα αξιολογηθούν από το Γ.Ν. Καβάλας από την προβλεπόμενη σε αυτό τριμελή επιτροπή.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ του Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ

ΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ ΑΧΙΛΛΕΥΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΣΗ:

.....

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα πατρός:

Αριθμός τηλεφώνου:

E-mail:

Ημερομηνία γέννησης:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Α) Αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθ. 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