



Περιφερειακή Οδός Θεσ/νίκης
564 03 Νέα Ευκαρπία
www.papageorgiou-hospital.gr

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Διευθύντρια: **Χ. Χαριζάνη**

Τ 2313 323121

F 2310 685111

E adserv.papageorgiouhospital@gmail.com

ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ

(Αριθμ. Πρωτ. 19.600)

Προκήρυξη πλήρωσης επί θητεία θέσεων ιατρών με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ.

Έχοντας υπόψη:

1. Την ισχύουσα νομοθεσία.
2. Την Α2α/Γ.Π.οικ.19996/15-3-2017 Υπουργική Απόφαση με θέμα: «Έγκριση για προκήρυξη θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ.»
3. Την υπ' αριθ. 487^η/θέμα 5^ο/ 23.03.2017 Απόφαση Δ.Σ. του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου.
4. Την Α2α/Γ.Π.οικ.22211/22-3-2016 (ΦΕΚ 794 Β') Υπουργική Απόφαση «Διαδικασία και τρόπος Προκήρυξης θέσεων ιατρών Ε.Σ.Υ. και προθεσμία και τρόπο υποβολής δικαιολογητικών»
5. Το Α2α/Γ.Π.οικ.37742/26-5-2016 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας «Διευκρινήσεις σχετικά με υποβολή ξενόγλωσσων δικαιολογητικών για θέσεις ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ.»
6. Την υπ' αριθμ. Α1α/8342/10.07.1998 (ΦΕΚ 711/ΤΒ/1998) κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας «Έγκριση του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου», όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει σήμερα.
7. Τις διατάξεις των άρθρων 15 και 17 της από 24.5.1991 Σύμβασης μεταξύ του Ελληνικού Δημοσίου και του Ιδρύματος Παπαγεωργίου, που κυρώθηκε με το Ν. 1964/1991 (Φ.Ε.Κ. 146/26.9.1991 Τεύχος Α'), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει σήμερα.
8. Την υπ' αριθ. ΔΥ1δ/Γ.Π.31520/22-04-2014 (ΦΕΚ 240/30-04-2014, Τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.) απόφαση του Υπουργού Υγείας, περί διορισμού των μελών του Δ.Σ. του Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου», όπως τροποποιήθηκε με την υπ' αριθ. Α2β/Γ.Π.οικ. 13754/16-02-2016 (ΦΕΚ 100/26-02-2016) κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας και του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας».

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Προκηρύσσουμε την πλήρωση των παρακάτω θέσεων ιατρικού προσωπικού, με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου και με πενταετή θητεία:

Α/Α	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
1.	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β'	1
2.	ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β'	1
3.	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β'	2
4.	ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΑΣ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β'	1
5.	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ-ΦΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β'	1
6.	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β'	1
	ΣΥΝΟΛΟ		7

Για τις παραπάνω θέσεις γίνονται δεκτοί ως υποψήφιοι, όσοι έχουν:

- α. Ελληνική ιθαγένεια, πλην όσων προέρχονται από κράτη μέλη της Ε.Ε.
- β. Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος
- γ. Τίτλο αντίστοιχης με τη θέση ιατρικής ειδικότητας
- δ. Ηλικία μέχρι πενήντα (50) ετών. Ως ημερομηνία συμπλήρωσης του ορίου ηλικίας λογίζεται η 31η Δεκεμβρίου του έτους, εντός του οποίου ο υποψήφιος συμπληρώνει το απαιτούμενο όριο.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση – Δήλωση σε ειδικό έντυπο, το οποίο βρίσκεται αναρτημένο στον ιστότοπο του Υπουργείου Υγείας (www.moh.gov.gr) και του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», ή χορηγείται από την υπηρεσία μας. Η αίτηση – δήλωση συμπληρώνεται με ακρίβεια και σε όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνει. Αιτήσεις σε άλλο έντυπο ή αιτήσεις στις οποίες δεν έχουν συμπληρωθεί όλα τα απαιτούμενα στοιχεία, δεν γίνονται δεκτές.
2. Φωτοαντίγραφο πτυχίου. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται και φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης. Σε περίπτωση πτυχίων από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, απαιτείται φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου, φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ.
3. Φωτοαντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
4. Φωτοαντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας.
5. Βεβαίωση του οικείου Ιατρικού Συλλόγου, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.
6. Πιστοποιητικό γέννησης ή φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου, όταν πρόκειται για πολίτη κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
7. Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής, **εκδοθείσα από το Υπουργείο Υγείας**.
8. Υπεύθυνη δήλωση του υποψήφιου για διορισμό ιατρού, στην οποία να αναφέρονται τα εξής:
 - (α) ότι δεν έχει αρνηθεί διορισμό σε θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. ή σε αντίθετη περίπτωση, ότι έχουν συμπληρωθεί πέντε (5) χρόνια από την παρέλευση της προθεσμίας ανάληψης υπηρεσίας,
 - (β) ότι δεν έχει παραιτηθεί από θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. πριν από τη συμπλήρωση δυο (2) χρόνων από το διορισμό του ή σε αντίθετη περίπτωση ότι έχουν συμπληρωθεί πέντε (5) χρόνια από την ημερομηνία παραίτησής του,
 - (γ) ότι έχει συμπληρώσει δυο (2) χρόνια συνεχούς υπηρεσίας σε ομοιόβαθμη με την κρινόμενη θέση, εάν είναι ήδη ιατρός του Ε.Σ.Υ.
9. Υπεύθυνη δήλωση του υποψήφιου για διορισμό ιατρού, στην οποία να αναφέρεται ότι δεν υπηρετεί στο Ε.Σ.Υ. ή ότι έχει υποβάλλει παραίτηση από τη θέση ιατρού κλάδου Ε.Σ.Υ. στην οποία υπηρετεί. Η παραίτηση θα πρέπει να έχει υποβληθεί στο φορέα που υπηρετεί ο υποψήφιος, μέχρι τη λήξη προθεσμίας υποβολής των δικαιολογητικών της παρούσας προκήρυξης (αρ.35 παρ.4 Ν.4368/2016).
10. Βιογραφικό σημείωμα στο οποίο να αναγράφονται περιληπτικά τα ουσιαστικά προσόντα του υποψήφιου και ιδιαίτερα εκείνα που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 8 του άρθρου 37 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165Α'). Εκτός από αυτά ο υποψήφιος μπορεί να συμπληρώσει το βιογραφικό σημείωμα με κάθε στοιχείο που κατά την κρίση του αποτελεί ουσιαστικό κριτήριο για την κρίση και αξιολόγησή του από το Συμβούλιο Κρίσης.
11. Για την απόδειξη των ουσιαστικών προσόντων που αναφέρονται στο βιογραφικό σημείωμα, απαιτείται η υποβολή επίσημων πιστοποιητικών ή βεβαιώσεων.
12. Οι επιστημονικές εργασίες αναφέρονται στο βιογραφικό σημείωμα του υποψηφίου περιληπτικά. Ανάπτυπα δημοσιευμένων επιστημονικών εργασιών και επιστημονικά περιοδικά στα οποία έχουν δημοσιευθεί τέτοιες εργασίες, υποβάλλονται κατά την κρίση του υποψηφίου. Επιστημονικές εργασίες γραμμένες σε ξένη γλώσσα πρέπει να υποβάλλονται και μεταφρασμένες στην ελληνική γλώσσα.
13. Οι πολίτες κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης πρέπει να υποβάλλουν βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας, η οποία χορηγείται μετά από εξετάσεις ενώπιον της αρμόδιας επιτροπής

του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) κατά τα οριζόμενα στην Δ/10424/31.3.1993 (ΦΕΚ 263 Β') Υπουργική Απόφαση.

Για τους ιατρούς που είναι απόφοιτοι Ελληνικού Πανεπιστημίου ή έχουν αποκτήσει τίτλο ειδικότητας στην Ελλάδα, δεν απαιτείται βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας.

14. Ειδικές προϋποθέσεις ή κωλύματα που αναφέρονται ρητά στην προκήρυξη αποδεικνύονται με την κατάθεση σχετικών πιστοποιητικών, βεβαιώσεων ή υπεύθυνων δηλώσεων που θα περιγράφονται στην ίδια την προκήρυξη.

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. Σε κάθε περίπτωση γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή φωτοαντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση ότι τα έγγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί πρωτίστως από δικηγόρο.

Οι ενδιαφερόμενοι για τις ανωτέρω θέσεις θα πρέπει να υποβάλλουν στο Τμήμα Προσωπικού Αίτηση – Δήλωση με όλα τα δικαιολογητικά εις τετραπλούν (4 αντίγραφα), μέσα σε **προθεσμία είκοσι (20) ημερών που αρχίζει στις 12/05/2017 και λήγει στις 31/05/2017.**

Το τέταρτο αντίγραφο θα πρέπει να κατατίθεται **άδeto** (χωρίς συρραφή-θερμοκόλληση-σπιράλ) για το ενδεχόμενο παράδοσης του σε τρίτα πρόσωπα που δικαιολογούν έννομο συμφέρον, το οποίο θα διαπιστώνεται με εισαγγελική παραγγελία και εφόσον προβλέπεται σχετική διαδικασία υποβολής αντιρρήσεων, σύμφωνα με την ισχύουσα κάθε φορά νομοθεσία.

Αιτήσεις – Δηλώσεις που υποβάλλονται, μετά τη λήξη της προθεσμίας, δε γίνονται δεκτές.

Κάθε υποψήφιος μπορεί να διεκδικήσει και να κριθεί για περισσότερες της μιας ειδικότητας αλλά για κάθε υποψηφιότητα πρέπει να υποβάλλει ξεχωριστή αίτηση-δήλωση με όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά.

Αιτήσεις – Δηλώσεις μαζί με τα δικαιολογητικά, μπορούν να υποβάλλονται και ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή ή με εταιρεία ταχυμεταφοράς, μέσα στην ορισθείσα προθεσμία στη διεύθυνση:

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

Περιφερειακή Οδός Θεσσαλονίκης

564 03 Νέα Ευκαρπία

με την ένδειξη «Για την υπ' αριθ. 19.600/04.05.2017 προκήρυξη ιατρικού προσωπικού»

Για τις αιτήσεις αυτές η ημερομηνία υποβολής προκύπτει είτε από τη σφραγίδα του ταχυδρομείου είτε από το αποδεικτικό παράδοσης στην εταιρεία ταχυμεταφοράς.

Η προκήρυξη, το έντυπο της αίτησης δήλωσης καθώς και τα έντυπα των υπεύθυνων δηλώσεων που θα πρέπει να συμπληρώσουν οι υποψήφιοι για τις θέσεις, βρίσκονται αναρτημένα στον ιστότοπο του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»: (<http://www.papageorgiou-hospital.gr>).

Για περισσότερες πληροφορίες οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στο Τμήμα Προσωπικού του Νοσοκομείου (Α. Διαμαντοπούλου, Τ. Κοβάτσεβιτς, τηλ. 2313323125, ώρες: 13:00-15:00).

Θεσσαλονίκη, 04/05/2017

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΠΑΠΑΣ