



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ
"ΘΡΙΑΣΙΟ"

Ελευσίνα: 03-04-2025
Αρ. Πρωτ.:8457

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»

ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Ταχ.Δ/ση: Λεωφ. Γεννηματά Μαγούλα

Ταχ.Κώδικας:19018

Πληροφορίες: Ε. Κατσαφάδου –Α.Καπρέτσου

Τηλέφωνο: 2132028319 – 525

Email: prosorikou1@thriassio-hosp.gr

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΓΝΕ «ΘΡΙΑΣΙΟ» ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ-ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Ο Διοικητής του ΓΝΕ«ΘΡΙΑΣΙΟ» κ. Αντωνίου Δημήτριος που διορίστηκε με την αριθμ.Γ4β/Γ.Π.οικ.91623/07.01.2020 απόφαση του Υπουργείου Υγείας (ΦΕΚ1115/τ.Υ.Ο.Δ.Δ./31.12.2019) 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.3527/2007 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευμένων 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 Ν. 4622/2019(ΦΕΚ 133/Α/2019).
- 4.Το απόσπασμα πρακτικών της 41^{ης}/04.10.2024/θ.1^οΕΗΔ(ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ) του Διοικητικού Συμβουλίου του ΓΝΕ «ΘΡΙΑΣΙΟ».
- 5.Το υπ. αριθμ. πρωτ.25584/11.10.2024 έγγραφο του ΓΝΕ «ΘΡΙΑΣΙΟ» προς την Διοίκηση 2^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου με θέμα «Έγκριση έναρξης συνεργασίας με έναν ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Πνευμονολογίας-Φυματιολογίας για χρονικό διάστημα τριών (3) μηνών με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Παροχής Υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο ΓΝΕ «ΘΡΙΑΣΙΟ».

6. Το με αρ.πρωτ.ΔΑΑΔ.60944/21.10.2024 έγγραφο της 2^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου αναφορικά με τη συνεργασία του ΓΝΕ «ΘΡΙΑΣΙΟ» με έναν (1) ιατρό ειδικότητας ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ-ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑΣ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών
7. Την με αρ.πρωτ.2531/30.01.2025 Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης .
- 8.Την υπ'αριθμ.πρωτ.Γ4β/55531/2024 απόφαση του Υφυπουργού Υγείας με θέμα «Έγκριση συνεργασίας του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ» με έναν(1) ιατρό ειδικότητας ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ-ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑΣ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών».
- 9.Την υπ'αριθμ.πρωτ.Β2α,Β1α/οικ.6969/10-02-2025 βεβαίωση του Γ.Δ.Ο.Υ του Υ.Υ.
- 10.Το γεγονός ότι δεν υπάρχουν υποψήφιοι αυτής της ειδικότητας στον κατάλογο των επικουρικών ιατρών της 2^{ης} Υ.Πε. Πειραιώς και Αιγαίου για το ΓΝΕ «ΘΡΙΑΣΙΟ».
11. Τον Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Ελευσίνας «ΘΡΙΑΣΙΟ» (ΦΕΚ 736/Β/01-04-2013),όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
- 12.Τις ανάγκες για την εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία του Γ.Ν.Ε. «ΘΡΙΑΣΙΟ».

ΚΑΛΕΙ

Ειδικευμένο ΠΕ ιατρό ειδικότητας Πνευμονολογίας-Φυματιολογίας για να συνεργαστεί με το ΓΝΕ «ΘΡΙΑΣΙΟ» υπό το καθεστώς έκδοσης από αυτόν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για την κάλυψη των αυξημένων αναγκών του εν λόγω φορέα σε ιατρικό προσωπικό.

α/α	ΦΟΡΕΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ (σε μήνες)
1	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»	1	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ-ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑΣ	03

Θέση-Καθήκοντα

Ο ιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του στο ΓΝΕ «ΘΡΙΑΣΙΟ» για την πραγματοποίηση έως τεσσάρων (4) πρωινών ωραρίων/μήνα στη Μονάδα Νευρομυϊκών Παθήσεων κατά το τακτικό ωράριο των νοσοκομειακών ιατρών δηλαδή επτάωρο συνεχές από 08:00 έως 15:00 για χρονικό διάστημα τριών (3) μηνών, σύμφωνα με τα καταρτισθέντα προγράμματα, όπως αυτά προεγκρίνονται από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου .

Ο ιατρός θα τελεί υπό την εποπτεία της Δ/ντριας Ιατρικής Υπηρεσίας και της Δ/ντριας του Παθολογικού Τομέα .

Αμοιβή

Η αμοιβή των παρεχόμενων υπηρεσιών του ειδικευμένου ιατρού Πνευμονολογίας-Φυματιολογίας για την πραγματοποίηση έως τεσσάρων (4) πρωινών ωραρίων/μήνα έχει προσδιοριστεί με βάση τις αποδοχές ενός ειδικευμένου επικουρικού ιατρού με το βαθμό του Επιμελητή Β΄ και όπως αυτή θα προκύπτει από το εγκεκριμένο μηνιαίο εφημεριακό πρόγραμμα.

Οι υποψήφιοι πρέπει να:

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

Δικαιολογητικά

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

1. Αίτηση –δήλωση υποψηφιότητας (επισυνάπτεται σχετικό υπόδειγμα-Παράρτημα 1).
2. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
3. Αντίγραφο αστυνομικού δελτίου ταυτότητας.
4. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
5. Αντίγραφο πτυχίου. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται το πτυχίο με τη σφραγίδα της Χάγης, η επίσημη μετάφρασή του και η απόφαση ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ. 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 και σύμφωνα με τα οριζόμενα στις με 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) εγκυκλίους του Υπουργείου Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή φωτοαντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση ότι τα έγγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί πρωτίστως από δικηγόρο.
6. Αντίγραφο απόφασης άδειας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος.
7. Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ιατρικής ειδικότητας.
8. Έγγραφο απόδειξης εμπειρίας.
9. Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης της.
10. Πιστοποιητικά υγείας από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο.
11. Φορολογική Ενημερότητα.
12. Ασφαλιστική Ενημερότητα.
13. Σύντομο Βιογραφικό σημείωμα.

Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής

Οι ενδιαφερόμενοι έχουν τη δυνατότητα ηλεκτρονικής υποβολής αίτησης συμμετοχής μέσω πιστοποιημένης διαδικασίας με κωδικούς ΤΑΧΙΣ από τον παρακάτω ηλεκτρονικό σύνδεσμο:

<https://thriassio-hosp.gr/e-aitimata/>

Για την ορθή ηλεκτρονική υποβολή αίτησης συμμετοχής ακολουθήστε τα παρακάτω βήματα:

1. Επιλέγετε Σύνδεση με ΓΠΣ(taxis)
2. Επιλέγετε την καρτέλα «Στοιχεία χρήστη» για να συμπληρώσετε τα απαραίτητα στοιχεία σας αποδέχεστε τους όρους χρήσης της υπηρεσίας και τέλος επιλέγετε το πλήκτρο «Εγγραφή».
3. Επιλέγετε την καρτέλα «Πολίτης» και συμπληρώνετε όλα τα υποχρεωτικά πεδία. Στο πεδίο «Θέμα» επιλέγετε «Αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για πρόσληψη ιατρικού προσωπικού με καθεστώς έκδοσης Δ.Α.Π.Υ στο ΘΡΙΑΣΙΟ Νοσοκομείο».
4. Στο πεδίο «Αιτούμαι» συμπληρώνετε το παρακάτω κείμενο:
«ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΓΝΕ «ΘΡΙΑΣΙΟ» ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ-ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ»
5. Στην περιοχή «Υποβολή Συνημμένων» προσθέτετε όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά μαζί με την ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ (Παράρτημα Ι- λήψη από την προκήρυξη).
6. Εφόσον έχετε ολοκληρώσει την συμπλήρωση της αίτησης σας πατάτε το πλήκτρο «Υποβολή» και τέλος με το πλήκτρο «Εμφάνιση» όπου ενημερώνετε για τον αριθμό πρωτοκόλλου.
7. Απαραίτητη εργασία στο τέλος της υποβολής της αίτησης είναι η αποσύνδεση.

- Η προθεσμία υποβολής ηλεκτρονικών αιτήσεων είναι τέσσερις (4) ημέρες και ξεκινάει από **03 Απριλίου 2025 ημέρα Πέμπτη** έως και **έξι Απριλίου 2025 ημέρα Κυριακή**.
- Αιτήσεις που υποβάλλονται μετά την λήξη της προθεσμίας δεν γίνονται δεκτές.
- Η τελική επιλογή θα γίνει από την Διοίκηση του Γ.Ν. ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ – ΘΡΙΑΣΙΟ.
- Η παρούσα πρόσκληση αναρτάται στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3861/2010(ΦΕΚ 112 Α'), στην ιστοσελίδα και τον πίνακα ανακοινώσεων του νοσοκομείου.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

- 1)Υπουργείο Υγείας- dpnp_a@moh.gov.gr
- 2)2η Δ.Υ.ΠΕ. Πειραιώς & Αιγαίου- daad@2dype.gov.gr
- 3)Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο – pisinfo@pis.gr
- 4) Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών – isathens@isathens.gr
- 5) Ιατρικό Σύλλογο Πειραιά – info@ispeiraias.gr
- 6) Ελληνική Εταιρεία Πνευμονολογίας-Φυματιολογίας –htsinfo@otenet.gr.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

- 1) Γραφείο Διοικητή
- 2) Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας
- 3) Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου
- 4) Δ/ντρια Παθολογικού Τομέα
- 5) Διοικητική Διευθύντρια
- 6)Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού
- 7)Τμήμα Οικονομικό

Ο Διοικητής

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΑΝΤΩΝΙΟΥ

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' 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 πρότασή μου γίνει δεκτή.

Ημερομηνία:

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή:

.