



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



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ
"ΘΡΙΑΣΙΟ"

Ελευσίνα: 04-11-2025

Αρ. Πρωτ.:26906

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»

ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Ταχ. Δ/ση: Λεωφ. Γεννηματά Μαγούλα

Ταχ.Κώδικας:19018

Πληροφορίες: Ε. Κατσαφάδου – Φ. Ταμβάκη- Π. Ρουμελιώτη

Τηλέφωνο: 2132028319 – 525

Email: prosorikou1@thriassio-hosp.gr

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

Ο Διοικητής του Γ.Ν.Ε. «ΘΡΙΑΣΙΟ» κ. Αντωνίου Δημήτριος που διορίστηκε σύμφωνα με την υπ' αριθ. Γ4β/Γ.Π.οικ.15474/2-4-2025 Απόφαση του Υπουργού και Υφυπουργού Υγείας (ΦΕΚ 356/τ.ΥΟΔΔ/4-4-2025) 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 εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».

2. Τις διατάξεις της παρ.1 του άρθρου 41 του Ν4058/2012 (ΦΕΚ63/Α/2012) όπως αντικαταστάθηκε από τις διατάξεις του άρθρου 44 του Ν.4486/2017 (ΦΕΚ115/Α/7-8-2017).

3.Τις διατάξεις του Ν. 4622/2019 (ΦΕΚ 133/Α/2019).

4.Το απόσπασμα πρακτικών της 23^{ης}/11.07.2025 Θέμα 1^ο του Διοικητικού Συμβουλίου του ΓΝΕ «ΘΡΙΑΣΙΟ».

5.Το υπ' αριθ. πρωτ.19005/29.07.2025 έγγραφο του ΓΝΕ «ΘΡΙΑΣΙΟ» προς την Διοίκηση 2^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου με θέμα «Έγκριση έναρξης συνεργασίας με έναν ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Οδοντιατρικής για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Παροχής Υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο ΓΝΕ «ΘΡΙΑΣΙΟ».

6.Το με αρ.πρωτ.ΔΑΑΔ.50324/6.08.2025 έγγραφο της 2^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου αναφορικά με τη συνεργασία του ΓΝΕ «ΘΡΙΑΣΙΟ» με έναν (1) ιατρό ειδικότητας Οδοντιατρικής με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών.

7. Τις υπ' αρ. πρωτ.18584/23-07-2025 και 24617/10-10-2025 Βεβαιώσεις Δέσμευσης Πίστωσης του Γ.Ν.Ε. «ΘΡΙΑΣΙΟ»

8.Την υπ'αριθμ.πρωτ.Γ4β/42542/16.10.2025 Απόφαση του Υφυπουργού Υγείας με θέμα «Έγκριση συνεργασίας του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ» με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας ΠΕ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών».

9.Την υπ' αριθ. πρωτ. Β2α, Β1α/οικ. 45430/14-10-2025 βεβαίωση του Γ.Δ.Ο.Υ του Υ.Υ.

10. Τον Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Ελευσίνας «ΘΡΙΑΣΙΟ» (ΦΕΚ 736/Β/01-04-2013), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

11.Τις ανάγκες για την εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία του Γ.Ν.Ε. «ΘΡΙΑΣΙΟ».

12.Τα υπ' αριθ. πρωτ. 11235/15-04-2025,4543/21-03-2025,10544/9-04-2025 έγγραφα του Δήμου Ελευσίνας, του Δήμου Μάνδρας - Ειδυλλίας και του Δήμου Ασπροπύργου αντίστοιχα.

ΚΑΛΕΙ

Ειδικευμένο ΠΕ ιατρό ειδικότητας Οδοντιατρικής 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	ΠΕ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	12

Θέση-Καθήκοντα

Με βάση τα αιτήματα των όμορων Δήμων Ελευσίνας, Μάνδρας - Ειδυλλίας και Ασπροπύργου, ο ιατρός θα πραγματοποιεί οδοντιατρικό έλεγχο στους πολίτες-ασθενείς και θα ασκεί τα καθήκοντα του επικουρικά, σε συνεργασία με το Γ.Ν.Ε. «ΘΡΙΑΣΙΟ», για την κάλυψη αναγκών των ανωτέρω Δήμων, ύστερα από τα ανωτέρω σχετικά αιτήματα (σχετ.12), για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους.

Ο ανωτέρω θα παρέχει τις υπηρεσίες του σε οκτάωρη (8) πρωινή απασχόληση, για έως και δύο (2) ημέρες/εβδομάδα και θα τελεί υπό την εποπτεία της Δ/ντριας Ιατρικής Υπηρεσίας και του Δ/ντη του Χειρουργικού Τομέα.

Αμοιβή

Η αμοιβή των παρεχόμενων υπηρεσιών του ειδικευμένου ιατρού Οδοντιατρικής για την παροχή υπηρεσιών οκτάωρης (8) απασχόλησης, για έως και δύο (2) ημέρες/εβδομάδα, ανέρχεται με κατ' εκτίμηση ανώτατη δαπάνη στο ποσό ύψους εξακοσίων εξήντα έξι ευρώ και εξήντα επτά λεπτών (666,67€) μηνιαίως, συμπεριλαμβανομένων λοιπών κρατήσεων.

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 δημοσιούπαλληλική 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 απαραίτητα 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 αριθ.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 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 άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
7. Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ιατρικής ειδικότητας.
8. Έγγραφα 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 TAXIS από τον 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 αποδέχστε 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 ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ 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 ενημερώνεστε 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 6 Νοεμβρίου 2025 ημέρα Πέμπτη έως και 9 Νοεμβρίου 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) Οδοντιατρικό Σύλλογο Αθηνών – osa@osonet.gr

4) Οδοντιατρικό Σύλλογο Πειραιά – osp@otenet.gr

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1) Γραφείο Διοικητή

2) Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας

3) Δ/ντης Χειρουργικού Τομέα

4) Διοικητική Διευθύντρια

5) Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού

6) Τμήμα Οικονομικό

Ο Διοικητής

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΑΝΤΩΝΙΟΥ

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 πρότασή μου γίνει δεκτή.

Ημερομηνία:

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή:

.