



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1ης ΥΓΕΙΟΝ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
Γ.Ν.Π.Α. «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Διοικητικής-Οικονομικής Υπηρεσίας
ΤΜΗΜΑ: Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού
ΤΑΧ. Δ/ΣΗ: Θηβών και Παπαδιαμαντοπούλου
ΤΑΧ. ΚΩΔ.: 11527-ΓΟΥΔΗ
ΠΛΗΡ.: Ε. Μαρκάκη
ΤΗΛ.: 2132042188
E-mail: e.markaki@paidon-agiasofia.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Αθήνα:
Αρ. πρωτ:

ΘΕΜΑ: «Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την πρόσληψη ενός (1) ιατρού ειδικότητας Πυρηνικής Ιατρικής με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών»

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΙΔΩΝ ΑΘΗΝΩΝ
«Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 7 του Ν.3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α'/04-04-2005) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.
2. Τις διατάξεις της παρ.1 του άρθρου 41 του Ν.4058/2012 (ΦΕΚ 63/Α'/22-03-2012), όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.
3. Τις διατάξεις των άρθρων 62 και 64 του Ν.4172/2013 (ΦΕΚ 167/Α'/23-07-2013).
4. Το υπ' αριθμ. πρωτ. 10556/27-02-2024 έγγραφο του Διοικητή της 1ης Υ.Π.Ε Αττικής περί διαβίβασης της υπ' αριθμ. πρωτ. Γ4β/1605/22-02-2024 Απόφασης Υφυπουργού Υγείας με θέμα: «Έγκριση συνεργασίας του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΙΔΩΝ ΑΘΗΝΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» με δύο (2) ιδιώτες ιατρούς, έναν (1) ειδικότητας ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ και έναν (1) ειδικότητας ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών.
5. Την από 01-04-2024 σύμβαση σύμβασης εργασίας του Γ.Ν.Π.Α. «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» με ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Πυρηνικής Ιατρικής με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών με χρονική διάρκεια από 01-04-2024 έως 31-03-2025.
6. Την υπ' αριθμ. πρωτ.25449/15-10-2024 παραίτηση και καταγγελία σύμβασης του ανωτέρω ιατρού.
7. Το υπ' αριθμ. πρωτ.25669/17-10-2024 έγγραφο της Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνης του Τμήματος Απεικονιστικών Μεθόδων-Αξονικού Τομογράφου περί άμεσης πλήρωσης θέσης Πυρηνικού ιατρού στο Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής.
8. Τις επιτακτικές υπηρεσιακές ανάγκες για την εύρυθμη λειτουργία του Εργαστηρίου Πυρηνικής Ιατρικής αλλά και την προάσπιση της εύρυθμης λειτουργίας του Νοσοκομείου και της προστασίας της υγείας στο Νοσοκομείο.
9. Την υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.123764 ΚΥΑ, που συνιστά τον Οργανισμό του Γ.Ν.Π.Α. «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» (ΦΕΚ 3485/Β'/31-12-2012).
10. Το γεγονός ότι δεν υπάρχει στον κατάλογο των επικουρικών ιατρών της 1^{ης} Υ.Π.Ε. Αττικής ιατρός ειδικότητας Πυρηνικής Ιατρικής με την κάτωθι εργασιακή εμπειρία για το Γ.Ν.Π.Α. «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ».

ΚΑΛΕΙ

Τους ενδιαφερόμενους ιδιώτες ιατρούς ειδικότητας Πυρηνικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» με καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, ως ακολούθως:

ΠΙΝΑΚΑΣ

Α/Α	ΦΟΡΕΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΛΗΞΗ ΣΥΜΒΑΣΗΣ
1	Γ.Ν.Π.Α. «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»	1	ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	31-03-2025

Α. Για την κατάληψη της ανωτέρω θέσης απαιτείται οι υποψήφιοι/οι:

- Να έχουν την Ελληνική Ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από Κράτη Μέλη της Ε.Ε. (Πιστοποιητικό γέννησης ή δελτίο αστυνομικής ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου).
- Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης.
- Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την ιδιότητα των δημοσίων υπαλλήλων.
- Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.
- Να εγγραφούν στην Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες, έπειτα από τη σύναψη σύμβασης παροχής υπηρεσιών.
- Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

Β. Απαραίτητα δικαιολογητικά:

- Αίτηση – δήλωση σε ειδικό έντυπο (Παράρτημα Ι)
- Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1986 στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα
- Αντίγραφο αστυνομικού δελτίου ταυτότητας
- 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, όπου απαιτείται. 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 υπ' αριθμ. ΔΙΣΚΠΟ/Φ.15/οικ.8342/01.04.2014 (ΑΔΑ:ΒΙΗ0Χ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/Φ Α.2.3/21119/01.09.2014 (ΑΔΑ:ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίου του Υπουργείου Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή φωτοαντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση να φαίνεται ότι τα έγγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί πρωτίστως από δικηγόρο.
- Αντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος
- Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας
- 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.
- Σύντομο Βιογραφικό σημείωμα με αναφορά στην προϋπηρεσία και το επιστημονικό έργο (περιληπτική αναφορά). Θα συνεκτιμηθούν μεταπτυχιακοί τίτλοι σε συναφές αντικείμενο.

Γ. Εμπειρία

Θα ληφθεί υπόψη η κάτωθι εργασιακή εμπειρία:

- Να διαθέτει εμπειρία στο PET-CT –SCAN.
- Να διαθέτει προϋπηρεσία σε τμήμα ή εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής.
- Να διαθέτει γνώσεις Πυρηνικής Ογκολογίας.

Δ. Ωράριο Απασχόλησης:

Ή τακτικό καθημερινό ωράριο από Δευτέρα έως και Παρασκευή (08:00–15:00) ή συμμετοχή στο πρόγραμμα εφημεριών του Τμήματος ή συνδυασμός των ανωτέρω, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 43 του Ν. 4264/2014 (ΦΕΚ 118/Α/15.5.2014) και του Ν.4498/2017 (ΦΕΚ 172/Α/16.11.2017).

Ε. Αμοιβή:

Η αμοιβή ανέρχεται σε 2.000 ευρώ μηνιαίως. (βάσει του μηνιαίου παρουσιολογίου)

Η αμοιβή για την εφημεριακή απασχόληση θα αντιστοιχεί σ' αυτήν του Επιμελητή Α'.

Με την πρόσληψη και την υπογραφή της σύμβασης οφείλει ο ιατρός να προσκομίσει:

- Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α' ή βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του Ελληνικού Στρατού. Όπου στον τύπο Α' προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή θα πρέπει να υπερβαίνει το έτος από την ημερομηνία λήξης της πρόσκλησης.
- Τα οριζόμενα στις διατάξεις του άρθρου 7 του Ν.4210/2013 (ΦΕΚ 254/Α'/21-11-2013) για την πιστοποίηση υγείας.

ΣΤ. Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής:

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλουν αίτηση αυτοπροσώπως είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο ή ηλεκτρονικά στο E-mail: e.markaki@paidon-agiasofia.gr.

Αιτήσεις που θα υποβληθούν μετά την κάτωθι ημερομηνία δεν θα ληφθούν υπόψη.

Υποβληθείσα αίτηση η οποία δεν πληροί τις προϋποθέσεις υποβολής και όλα τα απαιτούμενα για τη θέση δικαιολογητικά και προσόντα δεν βαθμολογείται και απορρίπτεται.

Η Προθεσμία υποβολής των αιτήσεων είναι από Δευτέρα 18-11-2024 μέχρι και Παρασκευή 29-11-2024.

Η τελική επιλογή θα γίνει από τη Διοίκηση του Γ.Ν.Π.Α. «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»

Η παρούσα Πρόσκληση αναρτάται στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.3861/2010 (ΦΕΚ 112/Α'/13-07-2010), και στην Ιστοσελίδα του Νοσοκομείου, κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών, ενώ αποστέλλεται ηλεκτρονικά και στην 1^η Υ.ΠΕ Αττικής, προκειμένου να αναρτηθεί στον ιστότοπό της.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Κ. ΠΑΠΑΣΑΒΒΑΣ



Εσωτερική Διανομή:

- Γρ. Διοικητή
- Γρ. Αναπλ. Διοικητή
- Διεύθυνση Ιατρικής Υπηρεσίας
- Διεύθυνση Διοικητικής-Οικονομικής Υπηρεσίας
- Υποδιεύθυνση Οικονομικού
- Τμήμα Οικονομικού
- Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού

Κοινοποίηση:

- Διοίκηση 1ης Υ.ΠΕ Αττικής
(e-mail: dioikisi@1dype.gov.gr
hrd@1dype.gov.gr)
- Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος
(e-mail: gensec@pis.gr
pis@pis.gr)
- Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών
(e-mail: isathens@isathens.gr)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΟ Γ.Ν.Π.Α. «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα πατρός:

Αριθμός Τηλεφώνου:

e-mail:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Α) Αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθμ. πρωτ.

Β) Διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα (σε πρωτότυπα ή 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.

πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος.

Ημερομηνία:

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)