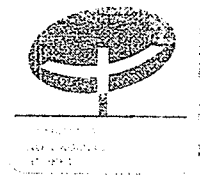




ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Χαϊδάρη, 27/10/25
Αριθμ. πρωτ. : 3004

ΘΕΜΑ: «ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ Ψ.Ν.Α.»

Έχοντας υπόψη:

1. Τον ν.3329/2005 (ΦΕΚ.81/τ.Α') «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» όπως τροποποιήθηκε από τις διατάξεις του ν.3527/2007 (ΦΕΚ.25/τ.Α') «Κύρωση συμβάσεων υπέρ Νομικών Προσώπων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».
2. Τις διατάξεις του άρθρου 9 παρ. 4 του Π.Δ.80/2016 (ΦΕΚ.145/τ.Α'/5.8.2016)
3. Τις διατάξεις του άρθρου πεντηκοστού πρώτου του ν.4839/2021(ΦΕΚ.181/τ.Α'/2.10.2021) όπως ισχύει.
4. Την αρ.Γ4β/Γ.Π.οικ.41763/02-07-2020 Απόφαση κατανομής ιδιωτών ιατρών σε δημόσια νοσοκομεία μεταξύ των Υ.Π.Ε. για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών του Υφυπουργού Υγείας που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ.2771/Β/2020.
5. Το με αριθμ. πρωτ. 35143/31-10-2024 έγγραφο του Δ.Ι.Υ. του Ψ.Ν.Α. κ. Κόντη Δημήτριου
6. Τη με αριθμ. 47/7-11-2024 (Διοικ. θέμα 1^ο) Απόφαση συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του Ψ.Ν.Α.
7. Το υπ' αρ. 42603/31-12-24 έγγραφο του Ψ.Ν.Α. προς τη Διοίκηση της 2ης ΥΠΕ με θέμα την κάλυψη των Γενικών Εφημεριών του Ψ.Ν.Α. από ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Καρδιολογίας
8. Τη με αριθμ. πρωτ.ΔΑΑΔ.4233/23-1-2025 εγκριτική απόφαση του Διοικητή της 2ης Υ.Π.Ε. Πειραιώς και Αιγαίου.
9. Το υπ. αρ. ΦΕΚ 38/29-1-1987 τ.Β' Οργανισμού Ψ.Ν.Α, όπως ισχύει.
10. Τις υπηρεσιακές ανάγκες για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του Ψ.Ν.Α.

Το Ψ.Ν.Α. Δαφνί για την κάλυψη των Γενικών Εφημεριών του, **ενδιαφέρεται να συνεργαστεί με έναν (1) ιδιώτη ιατρό Ειδικότητας Καρδιολογίας με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών.**

Ο ιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του μόνο για την κάλυψη των Γενικών εφημεριών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής και έως δέκα (10) εφημερίες τον μήνα έως 31-3-2025 (βάσει προγράμματος εφημεριών του Ψ.Ν.Α), ενώ η αμοιβή για την εικοσιτετράωρη εφημεριακή απασχόληση ανέρχεται στο ποσό των διακοσίων πενήντα (250) ευρώ ανά εφημερία, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου πεντηκοστού πρώτου του Ν.4839/2021(ΦΕΚ.181/τ.Α'/2.10.2021) όπως ισχύει.

Η τελική επιλογή θα γίνει από την Διοίκηση του Ψ.Ν.Α. Δαφνί.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



Οι υποψήφιοι/ες πρέπει:

1. Να έχουν 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.
3. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
4. Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.
5. Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στη Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες.
6. Να έχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

Δικαιολογητικά:

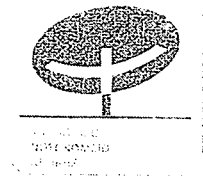
Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται και θα κατατεθούν με την αίτηση υποψηφιότητας είναι τα εξής:

1. Αίτηση (Παράρτημα Ι).
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.
6. 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/ΦΑ.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.
7. Αντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
8. Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας.
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.

Η Αίτηση – Δήλωση και όλα τα δικαιολογητικά υποβάλλονται στη Γραμματεία του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, προς τη Διοίκηση του Νοσοκομείου, μέσα σε προθεσμία τριών εργάσιμων (3) ημερών, ήτοι από 27/1/2025 έως και 29/1/2025.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



Αιτήσεις - δηλώσεις μαζί με τα δικαιολογητικά, μπορούν να υποβάλλονται ηλεκτρονικά στην ηλεκτρονική διεύθυνση protokolo@psyhat.gr ή στη Γραμματεία του Νοσοκομείου στη διεύθυνση Λεωφ. Αθηνών 374, Τ.Κ. 124 62, Χαϊδάρη, μέσα στην ορισθείσα προθεσμία.

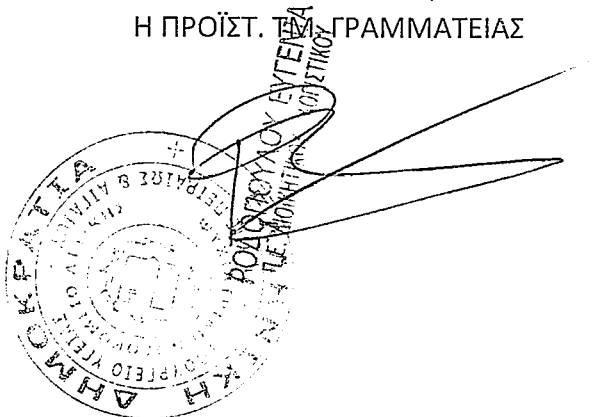
Αιτήσεις - δηλώσεις που υποβάλλονται μετά τη λήξη της προθεσμίας, δεν γίνονται δεκτές.

Η «ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ» αναρτάται στον ιστότοπο ΔΙΑΥΓΕΙΑ σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.3861/2010 (ΦΕΚ.112/τ.Α') όπως ισχύει και στον ιστότοπο του Νοσοκομείου <https://www.psyhat.gr> και κοινοποιείται στο Υπουργείο Υγείας, στη 2η Δ.Υ.ΠΕ. Πειραιώς & Αιγαίου, στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στους Ιατρικούς Συλλόγους Αθηνών και Πειραιά.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
Η ΠΡΟΪΣΤ. ΤΜΗΜ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ
α.α.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΔΟΥΡΟΣ
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΨΝΑ



ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

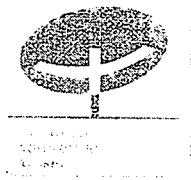
- 1.Υπουργείο Υγείας- drhp_a@moh.gov.gr
- 2.2η Δ.Υ.ΠΕ. Πειραιώς & Αιγαίου- daad@2dype.gov.gr
- 3.Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο – pisinfo@pis.gr
- 4.Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών – isathens@isathens.gr
- 5.Ιατρικό Σύλλογο Πειραιά – info@ispeiraias.gr

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

- 1) Γραφείο Διοικητή
- 2) Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας
- 3) Επιστημονικό Συμβούλιο
- 4) Διευθύντρια Διοικητικής – Οικονομικής Υπηρεσίας
- 5) Τμήμα Προσωπικού



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



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:

Συνημμένα Δικαιολογητικά:

(α)

(β)

...

...

(...)