

## ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Η Δημοτική Επιχείρηση Ύδρευσης-Αποχέτευσης Πάτρας (Δ.Ε.Υ.Α.Π.), που εδρεύει στην Πάτρα (Ακτή Δυμαίων 48), με την υπ' αριθμ. 29/21/02/2014 απόφαση του Δ.Σ. της Δ.Ε.Υ.Α.Π. ενέκρινε την διαδικασία δημοσίευσης πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την πρόσληψη **Ιατρού της Εργασίας** και προς τούτο προτίθεται να συνάψει **Σύμβαση**

**Παροχής Ανεξάρτητων Υπηρεσιών για ένα (1) έτος** με ένα (1) ιατρό για παροχή υπηρεσιών Ιατρικής της Εργασίας για την εταιρεία. Η προβλεπόμενη πίστωση στον προϋπολογισμό του 2014 ανέρχεται στο ποσό των 4.000 ευρώ.

Σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που θέτει η κείμενη νομοθεσία, ο/η υποψήφιος/α πρέπει να :

1. Είναι ιατρός, μέλος Ιατρικού Συλλόγου,
2. Κατέχει και ασκεί την ειδικότητα της Ιατρικής της Εργασίας, όπως πιστοποιείται από τον οικείο Ιατρικό Σύλλογο,
3. Έχει (οι άνδρες) εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχει νόμιμα απαλλαγεί από αυτές.

Κατ' εξαίρεση, τα καθήκοντα του ιατρού εργασίας, όπως αυτά προβλέπονται από το άρθρο 16 του Ν. 3850/2010, έχουν δικαίωμα να ασκούν :

1. Οι ιατροί χωρίς ειδικότητα, οι οποίοι στις 15/5/2009 είχαν συμβάσεις παροχής υπηρεσιών εργασίας με επιχειρήσεις και αποδεικνύουν την άσκηση των καθηκόντων αυτών συνεχώς επί επτά τουλάχιστον έτη,
2. Οι ιατροί οι οποίοι στις 15/5/2009 εκτελούσαν καθήκοντα ιατρού εργασίας χωρίς να κατέχουν ή να ασκούν τον τίτλο της ειδικότητας της ιατρικής της εργασίας, αλλά τίτλο άλλης ειδικότητας.

Στην περίπτωση μη υποβολής αίτησης πρόσληψης ιατρού με την παραπάνω ειδικότητα είναι δυνατόν να προσληφθεί ιατρός οποιασδήποτε ειδικότητας.

Το αντικείμενο της απασχόλησης του Ιατρού Εργασίας θα είναι το οριζόμενο στις διατάξεις του Ν. 3850/2010 και τις σχετικές κανονιστικές αποφάσεις.

Ο Ιατρός Εργασίας υποχρεούται να παρέχει τις υπηρεσίες του σε 204 εργαζομένους (163 τακτικό και προσωπικό αορίστου χρόνου & 41 άτομα μαθητείας Ο.Α.Ε.Δ. και εκπαιδευόμενοι Τ.Ε.Ι., που απασχολεί σήμερα η επιχείρηση), για τις οποίες, ως πραγματικός χρόνος απασχόλησής του, ορίζονται συνολικά 130 ώρες ετησίως οι οποίες θα κατανέμονται στις 52 εβδομάδες του χρόνου με απαίτηση του φορέα για 2,5 πρωινές ώρες παρουσία κάθε εβδομάδα. Έδρα απασχόλησης του ιατρού εργασίας ορίζεται η έδρα της επιχείρησης (Ακτή Δυμαίων 48). Η Δ.Ε.Υ.Α.Π., για την αποτελεσματικότερη άσκηση των καθηκόντων του Ιατρού Εργασίας, θέτει στην διάθεσή του τον κατάλληλο χώρο εγκατάστασης κατά τις ώρες απασχόλησής του στην έδρα της επιχείρησης καθώς και τα απαιτούμενα μέσα (συσκευές).

Σε ενδεχόμενη περίπτωση που αποβεί άγονη η εν λόγω διαδικασία μεταξύ των εγγεγραμμένων μελών του Ιατρικού Συλλόγου του Νομού Αχαΐας, η Δ.Ε.Υ.Α.Π δύναται να αποταθεί στα μέλη άλλων Ιατρικών Συλλόγων - όπως ορίζει ο Ν. 3996/2011, αρ. 29,παρ.1-εφόσον έχουν εκδηλώσει ενδιαφέρον για τη θέση, προκειμένου να παρέχουν τις προαναφερόμενες υπηρεσίες στο πλαίσιο της κείμενης νομοθεσίας.

Σε περίπτωση σύναψης σύμβασης με Ιατρό άλλης ειδικότητας ή άνευ ειδικότητας στο πλαίσιο των οριζομένων στο Ν. 3850/10 (ΦΕΚ 84<sup>Α</sup>/2010), Κ.Υ.Α. 112498/2009 (ΦΕΚ

1775<sup>B</sup>/2009) και αν, κατά τη διάρκεια αυτής, Ιατρός με την ειδικότητα της Ιατρικής της Εργασίας εγγραφεί στον Ιατρικό Σύλλογο του Ν. Αχαΐας, η ΔΕΥΑΠ διατηρεί το δικαίωμα να καταγγείλει αζημίως την υπόψη σύμβαση, με την προϋπόθεση ότι η καταγγελία αυτή θα γίνει με προειδοποίηση 10 ημερών, κατ' εφαρμογή των διατάξεων της παραπάνω αναφερόμενης κείμενης νομοθεσίας.

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να υποβάλλουν **σχετική οικονομική προσφορά (ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1)** στην οποία θ' αναφέρεται η μηνιαία αμοιβή τους που ζητούν από τη Δ.Ε.Υ.Α.Π. για την άσκηση των καθηκόντων τους. Η αμοιβή θα καταβάλλεται στο τέλος κάθε μήνα με την υποβολή **Δελτίου Παροχής Υπηρεσιών**, το δε ποσό αυτής θα είναι σύμφωνα με το οριζόμενο στην προσφορά του και δεν θα επιδέχεται αναπροσαρμογή καθ' όλη τη διάρκεια της σύμβασης.

Ο φάκελος προσφοράς που συνίσταται σε δύο ξεχωριστούς φακέλους, α) για το φάκελο με την αίτηση συνοδευόμενη με τα απαραίτητα δικαιολογητικά και β) το φάκελο της οικονομικής προσφοράς (ο φάκελος που θα περιέχει την οικονομική προσφορά είναι απαραίτητα σφραγισμένος, δηλαδή κλεισμένος με τρόπο που δεν είναι δυνατόν να ανοιχθεί χωρίς να καταστεί τούτο αντιληπτό), θα πρέπει να υποβληθεί ή να αποσταλεί ταχυδρομικά επί αποδείξει από 18/03/2014 έως 03/04/2014 από τον/ους ενδιαφερόμενο/ους ιατρό/ούς στη Δ.Ε.Υ.Α.Π. (Γραφείο Πρωτοκόλλου Διοικητικής Υπηρεσίας).

Ο **Ιατρικός Σύλλογος** με μέριμνά του, καλείται να γνωστοποιήσει στη Δ.Ε.Υ.Α.Π. εντός εύλογης προθεσμίας (μέχρι τη λήψη προθεσμίας εκδήλωσης ενδιαφέροντος) τους/τις υποψηφίους/ες ιατρούς μεταξύ των μελών τους που πληρούν τις προϋποθέσεις – προσόντα.

Η **αξιολόγηση** θα γίνει από **Επιτροπή** που θα οριστεί από το Δ.Σ. της Δ.Ε.Υ.Α.Π. για το σκοπό αυτό και η οποία θα προβεί στην αξιολόγηση των υποψηφίων με κριτήρια τα απαιτούμενα προσόντα, την επιστημονική τους κατάρτιση και την εμπειρία στο αντικείμενο της ιατρικής της εργασίας σε συνδυασμό με την **χαμηλότερη αμοιβή** (οικονομική προσφορά).

**Απαραίτητα δικαιολογητικά που θα συνοβληθούν μαζί με την αίτηση (ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2):**

1. Πτυχίο ή Δίπλωμα Ιατρικής Σχολής Α.Ε.Ι της ημεδαπής ή ισότιμο, αντίστοιχο και νομίμως αναγνωρισμένο της αλλοδαπής,
2. Άδεια Άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος,
3. Βεβαίωση Μέλους Ιατρικού Συλλόγου,
4. Άδεια Τίτλου Ειδικότητας της Ιατρικής της Εργασίας όπως πιστοποιείται από τον οικείο Ιατρικό Σύλλογο,
5. Πιστοποιητικό του Ιατρικού Συλλόγου ότι ο υποψήφιος δεν έχει τιμωρηθεί πειθαρχικά,
6. Γνωστοποίηση των επιχειρήσεων όπου ο υποψήφιος ασκεί καθήκοντα Ιατρού Εργασίας, καθώς και τα λοιπά στοιχεία που προβλέπονται στους Ν. 3850/2010 (αρ.9, παρ.4) & 3996/2011 (αρ. 29, παρ. 3), προκειμένου να υποβληθεί στο αρμόδιο ΚΕ.Π.Ε.Κ. (Κέντρο Πρόληψης Επαγγελματικού Κινδύνου),
7. Βεβαιώσεις ανάληψης καθηκόντων ως Ιατρός Εργασίας, που να έχουν κατατεθεί σε οποιαδήποτε Υπηρεσία του Σ.ΕΠ.Ε (Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας) σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στο Ν. 3850/2010 (αρ. 16, παρ.2),
8. Βεβαίωση εργοδότη, εφόσον υπάρχει εμπειρία απασχόλησης σε καθήκοντα Ιατρού Εργασίας,
9. Βιογραφικό Σημείωμα,
10. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας, και
11. Σε περίπτωση υποβολής προσφοράς από εταιρία (**Εξωτερικές Υπηρεσίες Προστασίας Πρόληψης**), εκτός από τα παραπάνω πιστοποιητικά του προτεινόμενου

Ιατρού Εργασίας, θα υποβληθεί και υπεύθυνη δήλωσή του (άρθρο 8 του Ν. 1599/1986) ότι θα προσφέρει τις υπηρεσίες του για το λογαριασμό της εταιρίας σύμφωνα με τους όρους της παρούσας πρόσκλησης.

Στα βιογραφικά που θα καταθέσουν οι υποψήφιοι θα πρέπει να αναφέρουν τυχόν **απασχόλησή τους σε Ασφαλιστικούς Φορείς.**

Όλα τα δικαιολογητικά πρέπει να είναι **πρωτότυπα ή επικυρωμένα φωτοαντίγραφα τους.**

Για καλύτερη διαμόρφωση άποψης των συνθηκών εργασίας των εργαζομένων της Δ.Ε.Υ.Α.Π. οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να επισκεφθούν, πριν τη λήξη προθεσμίας υποβολής ενδιαφέροντος, τις εγκαταστάσεις της επιχείρησης.

Τα δικαιολογητικά κατατίθενται στη Διοικητική Υπηρεσία της Δ.Ε.Υ.Α.Π., Ακτή Δυμαίων 48, από 27/03/2014 έως 03/04/2014 τις εργάσιμες ημέρες και ώρες (07:30 -14:00).

Για περισσότερες πληροφορίες στην ιστοσελίδα [deyar.gr](http://deyar.gr) και στα τηλέφωνα 2610366225 και 2610366217.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ.

ΓΙΑΝΝΗΣ ΔΗΜΑΡΑΣ  
ΔΗΜΑΡΧΟΣ ΠΑΤΡΕΩΝ

(ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1)

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ**

για τη σύναψη σύμβασης παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών Ιατρού Εργασίας σύμφωνα με την υπ' αρ. πρωτ. .... πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος της Δ.Ε.Υ.Α.Π.

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ (συμπληρώστε με κεφαλαία γράμματα)

Επώνυμο:

Όνομα: Όν. Πατρός:

A.Τ.:

Τόπος Κατοικίας (πόλη, δήμος- κοινότητα):

Οδός: Αριθμός: Τ.Κ.:

Τηλ. : Κινητό:

E-mail:

Η οικονομική μου προσφορά ανέρχεται στο ποσό των..... ευρώ (αριθμητικώς και ολογράφως) μηνιαίως μη συμπεριλαμβανομένου Φ.Π.Α..

Σημείωση (επί της ανωτέρω οικονομικής προσφοράς):

.....  
.....  
.....

Ημερομηνία.....

Ο/Η υποψήφι.....

(υπογραφή/σφραγίδα)

(ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2)

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**  
**για σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών Ιατρού Εργασίας**

*A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ* (συμπληρώστε με κεφαλαία γράμματα)

Επώνυμο:

Όνομα:

Όν. Πατρός:

A.T.:

Τόπος Κατοικίας (πόλη, δήμος- κοινότητα):

Οδός:

Αριθμός:

T.K.:

Τηλ. :

Κινητό:

E-mail:

*B. ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΗΜΜΕΝΩΝ ΔΙΑΚΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ*

- |    |     |
|----|-----|
| 1. | 6.  |
| 2. | 7.  |
| 3. | 8.  |
| 4. | 9.  |
| 5. | 10. |
|    | 11. |

Υποβάλλω συνημμένα όλα τα απαιτούμενα έντυπα και δικαιολογητικά που αναφέρονται στην Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος της Δ.Ε.Υ.Α.Π.

Ημερομηνία.....

Ο/Η υποψήφι.....

(υπογραφή/σφραγίδα)