



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ
3^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
(ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ)
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
«ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ - ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ»**

**ΦΟΡΕΑΣ : ΓΝ ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ
«ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ»
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ
Τμήμα : Γραμματεία
Πληροφορίες: Α. Ανδρεόπουλος
Ταχ. Δ/ση : Θέση Κουρί
Τ.Κ. : 50200
Τηλέφωνο: 2463351350
FAX : 2463054021
E-mail : aandreopoulos@mpodosakeio.gr**

**Πτολεμαΐδα : 19-5-2016
Αριθμ.Πρωτ. : 6454**

ΠΡΟΣ: Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

ΚΟΙΝ: Όλους τους Ιατρικούς Συλλόγους

ΘΕΜΑ : «Δημοσίευση προκήρυξης θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ. »

Σας διαβιβάζουμε την με αριθμ. Πρωτ. 6441/19-5-2016 προκήρυξη θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ. και παρακαλούμε για την δημοσίευση της



Η Διοικητική Διευθύντρια

Ευαγγέλου Ιωάννα



ΑΔΑ:
ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3ης ΥΓ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
«ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ»-«ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ»

Πτολεμαΐδα 19-5-2016

Αριθμ. Πρωτ:6441

ΦΟΡΕΑΣ: ΓΝ ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ

Προκήρυξη θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ.

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 69 του Ν.2071/1992(ΦΕΚ 123 Α') «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας», όπως αντικαταστάθηκαν με τις διατάξεις της παρ.1 του άρθρου 35 του Ν.4368/2016(ΦΕΚ 21 Α') «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις»
2. Τις διατάξεις της παραγράφου 10 του άρθρου 69 του Ν.2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α') «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας»
3. Την υπ'αρ.Α2α/Γ.Π. οικ.22211/22-3-2016 (ΦΕΚ 794 Β') Υπουργική Απόφαση «Διαδικασία και τρόπος προκήρυξης θέσεων ιατρών Ε.Σ.Υ και προθεσμία και τρόπος υποβολής δικαιολογητικών»
4. Την υπ'αρ.Α2α/Γ.Π./οικ.26036/ 7-4-2016 Υπουργική Απόφαση «Έγκριση για προκήρυξη θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ»
5. Την υπ' αριθμ.ΔΙΠΑΑΔ/Φ.ΕΓΚΡ.8/230/οικ.34479/29-12-2014 έγκριση θέσεων
6. Το υπ' αριθμ.πρωτ.Δ3α/11872/6.4.2016 έγγραφο της Διοίκησης 3^{ης} Υ.ΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ.
7. Τα υπ.αρ.Δ3α/12559/11.04.2016 και υπ.αρ.Δ3α/13178/11.04.2016 έγγραφα 3^{ης} Υ.ΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ «Σχετικά με την έγκριση για προκήρυξη θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου ΕΣΥ» και «Σχετικά με τη διαδικασία και τον τρόπο προκήρυξης θέσεων ιατρών ΕΣΥ» αντίστοιχα
8. Τις διατάξεις του Οργανισμού του Νοσοκομείου μας

ΠΡΟΚΗΡΥΣΟΥΜΕ

Την πλήρωση των παρακάτω επί θητεία θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ του Νοσοκομείου μας ως εξής :

Α/Α	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ
1	ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β	1
2	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β	1
3	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β	1
4	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β	1
5	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β	1

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Κάθε υποψήφιος μπορεί να διεκδικήσει και να κριθεί για περισσότερες της μιας θέσης αλλά για κάθε θέση πρέπει να υποβάλλει ξεχωριστή αίτηση-δήλωση με όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά.

α) Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται είναι τα εξής:

1. Αίτηση – δήλωση σε ειδικό έντυπο το οποίο βρίσκεται αναρτημένο στον ιστότοπο του Υπουργείου Υγείας (www.moh.gov.gr), στον ιστότοπο 3^{ης} Υ.Π.Ε ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ και του Νοσοκομείου μας ή χορηγείται από την υπηρεσία μας. Η αίτηση – δήλωση συμπληρώνεται με ακρίβεια και σε όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνει. Αιτήσεις σε άλλο έντυπο ή αιτήσεις στις οποίες δεν έχουν συμπληρωθεί όλα τα απαιτούμενα στοιχεία, δεν γίνονται δεκτές .

2. Φωτοαντίγραφο πτυχίου. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται και φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης. Σε περίπτωση πτυχίων από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης , απαιτείται φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου, φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ.

3. Φωτοαντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.

4. Φωτοαντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας.

5. Βεβαίωση του οικείου Ιατρικού Συλλόγου, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.

6. Πιστοποιητικό γέννησης ή φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου, όταν πρόκειται για πολίτη κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

7. Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής, όπου είναι απαραίτητη.

8. Υπεύθυνη δήλωση του υποψηφίου για διορισμό ιατρού, στην οποία να αναφέρονται τα εξής:

α) ότι δεν έχει αρνηθεί διορισμό σε θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ.

ή σε αντίθετη περίπτωση , ότι έχουν συμπληρωθεί πέντε (5) χρόνια από την παρέλευση της προθεσμίας ανάληψης υπηρεσίας,

β) ότι δεν έχει παραιτηθεί από θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ.

πριν από τη συμπλήρωση δυο (2) χρόνων από το διορισμό του ή σε αντίθετη περίπτωση ότι έχουν συμπληρωθεί πέντε(5) χρόνια από την ημερομηνία παραίτησής του.

γ) ότι έχει συμπληρώσει δυο (2) έτη συνεχούς υπηρεσίας σε ομοιόβαθμη με την κρινόμενη θέση εάν είναι ήδη ιατρός του Ε.Σ.Υ.

9. Υπεύθυνη δήλωση του υποψήφίου για διορισμό ιατρού, στην οποία να αναφέρεται ότι δεν υπηρετεί στο Ε.Σ.Υ. ή ότι έχει υποβάλλει παραίτηση από τη θέση ιατρού κλάδου Ε.Σ.Υ στην οποία υπηρετεί. Η παραίτηση θα πρέπει να έχει υποβληθεί στον φορέα που υπηρετεί ο υποψήφιος, μέχρι τη λήξη προθεσμίας υποβολής δικαιολογητικών της παρούσας προκήρυξης.

10. Βιογραφικό σημείωμα στο οποίο να αναγράφονται περιληπτικά τα ουσιαστικά προσόντα του υποψήφίου και ιδιαίτερα εκείνα που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.8 του άρθρου 37 του Ν.2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α'). Εκτός από αυτά ο υποψήφιος μπορεί να συμπληρώσει το βιογραφικό σημείωμα με κάθε στοιχείο, που κατά την κρίση του αποτελεί ουσιαστικό κριτήριο για την κρίση και αξιολόγηση του από το Συμβούλιο Κρίσης.

11. Για την απόδειξη των ουσιαστικών προσόντων που αναφέρονται στο βιογραφικό σημείωμα, απαιτείται η υποβολή επίσημων πιστοποιητικών ή βεβαιώσεων.

12. Οι επιστημονικές εργασίες αναφέρονται στο βιογραφικό σημείωμα του υποψηφίου περιληπτικά. Ανάπτυξη δημοσιευμένων επιστημονικών εργασιών και επιστημονικά περιοδικά στα οποία έχουν δημοσιευθεί τέτοιες εργασίες, υποβάλλονται κατά την κρίση του υποψηφίου. Επιστημονικές εργασίες γραμμένες σε ξένη γλώσσα πρέπει να υποβάλλονται και μεταφρασμένες στην ελληνική γλώσσα.

13. Οι πολίτες κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης πρέπει να υποβάλλουν βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας, η οποία χορηγείται μετά από εξετάσεις ενώπιον της αρμόδιας επιτροπής του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) κατά τα οριζόμενα στην Δ/10424/31-3-1993 (ΦΕΚ 263 Β') υπουργική απόφαση. Για τους ιατρούς που είναι απόφοιτοι Ελληνικού Πανεπιστημίου ή έχουν αποκτήσει τίτλο ειδικότητας στην Ελλάδα, δεν απαιτείται βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας.

14. Ειδικές προϋποθέσεις ή κωλύματα που αναφέρονται ρητά στην παρούσα προκήρυξη αποδεικνύονται με την κατάθεση σχετικών πιστοποιητικών, βεβαιώσεων ή υπεύθυνων δηλώσεων όπως περιγράφονται στην προκήρυξη.

β) 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.

γ. Η αίτηση – δήλωση με όλα τα δικαιολογητικά, υποβάλλεται στο Τμήμα Γραμματείας του Νοσοκομείου **εις τριπλούν**, εντός αποκλειστικής προθεσμίας είκοσι (20) ημερών ήτοι από **23/5/2016 έως και 11/6/2016**.

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

δ. Αιτήσεις-δηλώσεις μαζί με τα δικαιολογητικά, μπορούν να υποβάλλονται και ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή ή με εταιρεία ταχυμεταφοράς, μέσα στην ορισθείσα προθεσμία στην διεύθυνση **ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΜΑΜΑΤΣΙΟ»- «ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ», ΦΟΡΕΑΣ ΓΝ ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ, ΘΕΣΗ ΚΟΥΡΙ, ΤΚ 50200, ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑ** με την επισήμανση «Για την προκήρυξη θέσεων ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ».

Για τις αιτήσεις αυτές η ημερομηνία υποβολής προκύπτει είτε από τη σφραγίδα του ταχυδρομείου είτε από το αποδεικτικό παράδοσης στην εταιρεία ταχυμεταφοράς.

Για περισσότερες πληροφορίες οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στο τηλέφωνο **2463351350**.

Ο ΑΝΑΠΛΗΡΩΝ ΤΟΝ ΔΙΟΙΚΗΤΗ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΚΥΦΩΝΙΔΗΣ
Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας