



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
3^η Δ.Υ.ΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ

ΑΔΑ :
ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ
Καστοριά 28-3-2017
Αριθμ. Πρωτ : 2381

ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ ΘΕΣΗΣ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΛΑΔΟΥ Ε.Σ.Υ

Το Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας».
2. Τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 69 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123Α' «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας», όπως αντικαταστάθηκαν με τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 35 του Ν.4368/2016(ΦΕΚ21Α')» Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις.
- 3.Τις διατάξεις του Ν.3329/2005 (ΦΕΚ81/Α/4-4-2005).
- 4.Τις διατάξεις του Ν. 3861/2010 (ΦΕΚ112Α').
- 5.Τις διατάξεις της παραγράφου 2α του άρθρου 35 του Ν.4368/2016 (ΦΕΚ 21Α').
- 6.Την υπ αριθμ.Α2α/Γ.Π.ΟΙΚ.22211/22-3-2016 (ΦΕΚ 794/τ.Β'23-3-2016) Υπουργική Απόφαση« Διαδικασία και τρόπος προκήρυξης θέσεων ιατρών Ε.Σ.Υ και προθεσμία και τρόπος υποβολής δικαιολογητικών».
- 7.Το υπ' αριθμ. Α2α/Γ.Π.οικ. 37742/26-5-2016 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας «Διευκρινήσεις σχετικά με την υποβολή ξενόγλωσσων δικαιολογητικών για θέσεις ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ».
- 8.Το υπ' αριθμ. Α2α/Γ.Π.οικ. 44231/15-6-2016 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας «Διευκρινήσεις σχετικά με την βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου ή νόμιμης απαλλαγής».
- 9.Το υπ' αριθμ. Α2α/Γ.Π.οικ. 51124/7-7-2016 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας «Συμπληρωματικές διευκρινήσεις σχετικά με την βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου ή νόμιμης απαλλαγής».
- 10.Την υπ'αρ.Α2α/Γ.Π./οικ.19996/15-3-2017 Υπουργική Απόφαση «Έγκριση για προκήρυξη θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ».
- 11.Το υπ' αριθμ. Δ3α/10487/20-3-2017 έγγραφο της 3ης ΥΠΕ Μακεδονίας «Σχετικά με την έγκριση για προκήρυξη θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ».
- 12.Την υπ' αριθμ. Α2β/Γ.Π.οικ. 49820/01-07-2016 Κοινή Απόφαση του Υπουργού και Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 364/11-07-2016 Τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ σχετική με διορισμό Διοικητή στο Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ.
- 13.Το υπ' αριθμ. 24256/13-07-2016 έγγραφο της Διοίκησης 3ης Υ.ΠΕ Μακεδονίας σχετικό με ανάληψη υπηρεσίας Διοικητή στο Γ.Ν. ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ.
- 14.Τις διατάξεις του Οργανισμού του Νοσοκομείου μας.

ΠΡΟΚΗΡΥΣΣΕΙ

Την πλήρωση της παρακάτω επί θητεία θέσης ειδικευμένου ιατρού του Κλάδου Ε.Σ.Υ του Νοσοκομείου μας ως εξής.

Α/Α	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΣ	ΑΡΙΘΜ. ΘΕΣΕΩΝ
1	ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Β΄	Μία (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. Δεν ισχύει ο περιορισμός του ορίου ηλικίας σύμφωνα με το άρθρο 34 του Ν.3329/2005, για το λόγο ότι το Νοσοκομείο μας υπάγεται σε άγονη και προβληματική περιοχή Α΄.(Π.Δ.131/1987).

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 3ης Υ.ΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ 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 ιατρικής ειδικότητας.

5. Βεβαίωση του οικείου Ιατρικού Συλλόγου στην οποία θα βεβαιώνεται:

-Ο συνολικός χρόνος άσκησης του Ιατρικού επαγγέλματος

-Η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης 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 δύο (2) χρόνων από το διορισμό του ή σε αντίθετη περίπτωση ότι έχουν συμπληρωθεί πέντε (5) χρόνια από την ημερομηνία παραίτησης του.

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

9.Υπεύθυνη δήλωση του υποψήφιου 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 υποψήφιου και ιδιαίτερα εκείνα που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.8 του άρθρου 37 του Ν.2519/1997 (ΦΕΚ 165Α').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 αξιολόγησή 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 υποψήφιου περιληπτικά. Ανάτυπα 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 (ΦΕΚ263 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(APOSTIL)που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό.

γ) Η αίτηση – δήλωση με όλα τα δικαιολογητικά, υποβάλλεται στο Τμήμα Γραμματείας του Νοσοκομείου μας **εις τριπλούν**, εντός αποκλειστικής προθεσμίας είκοσι (20) ημερών ήτοι από **30/3/2017 έως 18/4/2017**. Αιτήσεις –δηλώσεις μετά την 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 **ΜΑΥΡΙΩΤΙΣΣΗΣ 33 Τ.Κ 52100 ΚΑΣΤΟΡΙΑ**.

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 Τμήμα Γραμματείας του Νοσοκομείου μας στο τηλέφωνο **2467350632 - 633**.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ