



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1^{ης} ΥΓΕΙΟΝ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
«Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»
ΝΠΔΔ

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ

Αθήνα, 5 Νοεμβρίου 2024
Αριθ. πρωτ. οικ. 11405

ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ : Ιακωβάτων 43 – 11144 ΑΘΗΝΑ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : Διοικητικού
ΤΜΗΜΑ : Διαχ. Ανθρ. Δυναμικού
ΠΛΗΡ. : Ε. Παπαθανασίου
ΤΗΛ : 2132042188
E-mail: e.papathanasiou@pammakaristos-hosp.gr

ΘΕΜΑ: Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την πρόσληψη ιατρού ειδικότητας Αναισθησιολογίας με δελτίο παροχής υπηρεσιών

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΘΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

«Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 7 του Ν.3329/2005 (ΦΕΚ 81/τ.Α'/4.4.05)
2. Τις διατάξεις του άρθρου δέκατου τέταρτου της Π.Ν.Π. 13.04.2020 (ΦΕΚ 84/τ. Α'/13.04.2020), που κυρώθηκε με το άρθρο 1 του Ν. 4690/2020 (ΦΕΚ 104/τ.Α'/30.05.2020) «Απασχόληση ιδιωτών ιατρών σε δημόσια νοσοκομεία για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών», όπως αντικαταστάθηκαν, τροποποιήθηκαν, παρατάθηκαν και ισχύουν, με τις διατάξεις της παρ. 1α του αρθ. 68 του Ν. 5140/2024 (ΦΕΚ 154/Α/30.9.2024) «Παράταση ισχύος ρυθμίσεων για την αντιμετώπιση της πανδημίας και την προστασία της δημόσιας υγείας μέχρι 31.12.2024».
3. Τις διατάξεις του άρθρου 51 του Ν. 4839/2021 (ΦΕΚ 181/Α/2021) «Αποζημίωση ιδιωτών ιατρών ειδικότητας Αναισθησιολογίας ...», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
4. Το υπ' αριθμ 30162/28.07.2023 έγγραφο του Διοικητή της 1ης Υ.ΠΕ Αττικής «Έγκριση αιτήματος απασχόλησης ιδιώτη ιατρού Αναισθησιολογίας με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών στο Ν.Θ.Π. «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»
5. Τις επιτακτικές υπηρεσιακές ανάγκες για την εύρυθμη λειτουργία του Αναισθησιολογικού Τμήματος αλλά και την προάσπιση της εύρυθμης λειτουργίας του Νοσοκομείου και της προστασίας της υγείας και της ζωής των ασθενών και εν γένει νοσηλευομένων στο Νοσοκομείο.
6. Τον Οργανισμό του Νοσοκομείου.
7. Το γεγονός ότι δεν υπάρχει ιατρός ειδικότητας Αναισθησιολογίας στον κατάλογο των επικουρικών ιατρών.
8. Το γεγονός ότι η υπ' αριθ. πρωτ. οικ. 10201/8.10.2024 (από 8.10.2024-11.10.2024) (ΑΔΑ :ΨΨ0Ρ46907Γ-0ΑΠ) Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος για πρόσληψη με δελτίο παροχής υπηρεσιών **απέβη άγονη**

ΚΑΛΕΙ

Τους ενδιαφερόμενους ιδιώτες ιατρούς ειδικότητας Αναισθησιολογίας σε συνεργασία με το Νοσοκομείο Θείας Πρόνοιας «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ» με καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, ως ακολούθως:

ΦΟΡΕΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΩΡΑΡΙΟ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
Νοσοκομείο Θείας Πρόνοιας «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»	1	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑ	Ανάλογα με τις ανάγκες της υπηρεσίας	δύο (2) μηνών με δυνατότητα παράτασης για δύο (2) ακόμα μήνες

Α. Για την κατάληψη των ανωτέρω θέσεων απαιτείται οι υποψήφιοι/οι:

- α) Να έχουν την Ελληνική Ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από Κράτη Μέλη της Ε.Ε.
- β) Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης
- γ) Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την ιδιότητα των δημοσίων υπαλλήλων
- δ) Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή
- ε) Να εγγραφούν στην Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες, έπειτα από τη σύναψη σύμβασης παροχής υπηρεσιών
- στ) Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών. Οι τίτλοι που έχουν αποκτηθεί σύμφωνα με το Π.Δ. 415/1994 (ΦΕΚ Α΄ 236/1994) και τις τροποποιήσεις αυτού είναι ισότιμοι και ισοδύναμοι με τους τίτλους που είναι σύμφωνοι με την υπ' αριθμ. Γ5α/Γ.Π.οικ.64843/29-8-2018 (ΦΕΚ Β΄ 4138/2018) υπουργική απόφαση.

Β. Ωράριο Απασχόλησης:

Η τακτικό καθημερινό ωράριο από Δευτέρα έως και Παρασκευή (8:00–15:00), ή συμμετοχή στο πρόγραμμα εφημεριών του Τμήματος, ή συνδυασμός των ανωτέρω, σύμφωνα με τις διατάξεις του αρθ. 43 του Ν. 4264/2014 (ΦΕΚ 118/Α/15.5.2014) και του Ν. 4498/2017 (ΦΕΚ 172/Α/16.11.2017).

Γ. Αμοιβή:

Σύμφωνα με το σχετικό (2) η αμοιβή ανέρχεται σε 2.000 ευρώ μηνιαίως. Η εν λόγω αμοιβή είναι αφορολόγητη, ανεκχώρητη και ακατάσχετη στα χέρια του Δημοσίου ή τρίτων, κατά παρέκκλιση κάθε γενικής και ειδικής διάταξης, δεν υπόκειται σε οποιαδήποτε κράτηση, τέλος ή εισφορά, δεν δεσμεύεται και δεν συμψηφίζεται με βεβαιωμένα χρέη προς τη Φορολογική Διοίκηση και το Δημόσιο εν γένει, τους δήμους, τις περιφέρειες, τα ασφαλιστικά ταμεία ή τα πιστωτικά ιδρύματα και δεν υπολογίζεται στα εισοδηματικά όρια για την καταβολή οποιασδήποτε παροχής κοινωνικού ή προνοιακού χαρακτήρα.

Η αμοιβή των ιδιωτών ιατρών για την εφημεριακή απασχόληση αντιστοιχεί σ' αυτήν του Επιμελητή Β΄.

Δ. Απαραίτητα δικαιολογητικά:

- α) Αίτηση – δήλωση σε ειδικό έντυπο (Παράρτημα Ι). Η αίτηση – δήλωση συμπληρώνεται με ακρίβεια και σε όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνει.
- β) Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1986 στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα
- γ) Αντίγραφο αστυνομικού δελτίου ταυτότητας

- δ) 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.
- ε) Αντίγραφο απόφασης άδειας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος
- στ) Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας
- ζ) Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.
- η) Σύντομο Βιογραφικό σημείωμα με αναφορά στην προϋπηρεσία και το επιστημονικό έργο (περιληπτική αναφορά). Θα συνεκτιμηθούν μεταπτυχιακοί τίτλοι σε συναφές αντικείμενο.
- θ) Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α' ή βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του Ελληνικού Στρατού. Όπου στο τύπο Α' προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή θα πρέπει να υπερβαίνει το έτος από την ημερομηνία λήξης της πρόσκλησης)

Ε. Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής:

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο ή ηλεκτρονικά στο E-mail: e.papathanasiou@pammakaristos-hosp.gr.

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

Η Προθεσμία υποβολής των αιτήσεων είναι από **Τρίτη 5.11.2024 μέχρι και Παρασκευή 8.11.2024.**

Η τελική επιλογή θα γίνεται από τη Διοίκηση του Ν.Θ.Π. «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»

Η Πρόσκληση αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3861/2010, στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου (www.pammakaristos-hosp.gr) και αποστέλλεται στην 1η Υ.ΠΕ Αττικής.

Ο Διοικητής

Θρασύβουλος Λαδόπουλος

Κοινοποίηση

- Διοίκηση 1ης ΥΠΕ 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: pressoffice@isathens.gr
- Ελληνική Αναισθησιολογική Εταιρεία
e-mail: info@anaesthesiology.gr

Εσωτερική Διανομή

- Γραφείο Διοικητή
- Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας
- Προϊστ. Δ/ντρια Αναισθ/κού Τμήματος
- Οικονομικό Τμήμα
- Τμήμα Διαχ. Ανθρώπινου Δυναμικού

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ στο Νοσοκομείο Θείας Πρόνοιας «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα πατρός:

Αριθμός Τηλεφώνου:

e-mail:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Α) Αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθμ. πρωτ. οικ. 11405/5.11.2024 πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος.

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.

Ημερομηνία:

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)