

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5^η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

Καρδίτσα 27-5-2016
Αρ.Πρωτ.: 8924

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ

ΤΜΗΜΑ Δ.Α.Δ.

Πληροφορ:Σοφός Μιχαήλ

Ταχ.Δ/νση:Τέρμα Ταυρωπού

Τ.Κ. 431 00 ΚΑΡΔΙΤΣΑ

Τηλ.: 24413-51339

FAX: 24410-26313

ΘΕΜΑ: Προκήρυξη θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου ΕΣΥ για το Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας.

Το Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των άρθρων 26 και 27 του Ν.1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», όπως ισχύει..
2. Τις διατάξεις των Ν.2071/92, Ν.2194/94 και Ν.2519/97.
3. Τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 69 του Ν.2071/1992 (ΦΕΚ 123 τ.Α'), όπως αντικαταστάθηκαν με τις διατάξεις της παρ.1 του άρθρου 35 του Ν.4368/2016 (ΦΕΚ 21 τ.Α').
4. Τις διατάξεις του άρθρου 35 και 36 του Ν.4368/2016.
5. Την αριθμ.ΔΥ13α/39832/97 (ΦΕΚ 1088/97 τ Β') απόφαση ιεράρχηση κριτηρίων κρίσης και συγκριτικής αξιολόγησης υποψηφίων για θέσεις του κλάδου γιατρών ΕΣΥ
6. Τον Οργανισμό του Νοσοκομείου μας, όπως ισχύει.
7. Τις διατάξεις των Νόμων: Ν.2716/99, 2737/99, 2889/01, 2955/2001, 3106/03, 3172/03, 3204/03, 3252/04, 3293/04, 3329/05, 3370/2005, 3527/07, 3580/07, 3754/09, 3868/10, 4368/16.
8. Την αριθμ.Α2α/Γ.Π.οικ.22211/22-3-2016 Απόφαση του Υπουργού Υγείας και Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας με θέμα:«Διαδικασία και τρόπος προκήρυξης θέσεων ιατρών Ε.Σ.Υ. και προθεσμία και τρόπος υποβολής δικαιολογητικών».
9. Την αριθμ.Α2α/Γ.Π.28751/22-4-2016 Απόφαση του Υπουργείου Υγείας με θέμα: «Έγκριση για προκήρυξη θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου ΕΣΥ»
10. Το απόσπασμα της αριθμ.21/25-04-2016 Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας (απόφαση 562¹)

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ

Π Ρ Ο Κ Η Ρ Υ Σ Σ Ε Ι

Την πλήρωση των παρακάτω θέσεων του κλάδου Ιατρών ΕΣΥ επί θητεία, για το Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας, ως εξής:

1. **Μία (1) Θέση** Επιμελητή Β΄ Νεφρολογίας, για την **Μονάδα Τεχνητού Νεφρού.**
2. **Μία (1) Θέση** Επιμελητή Β΄ Παιδιατρικής, για την **Παιδιατρική Κλινική.**
3. **Μία (1) Θέση** Επιμελητή Β΄ Οφθαλμολογίας, για την **Οφθαλμολογική Κλινική.**
4. **Μία (1) Θέση** Επιμελητή Β΄ Ακτινοδιαγνωστικής, για το **Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα.** *(Για την θέση του ιατρού Ακτινοδιαγνωστικής, θα ληφθεί σοβαρά υπόψη η αποδεδειγμένη εμπειρία στον Μαγνητικό Τομογράφο, τον Μαστογράφο και σε τεχνικές της Επεμβατικής Ακτινολογίας).*
5. **Δύο (2) Θέσεις** Επιμελητή Β΄ Ψυχιατρικής, για την **Ψυχιατρική Κλινική** και
6. **Μία (1) Θέση** Επιμελητή Β΄ Αιματολογίας ή Παιδιατρικής ή Παθολογίας, για την **Μονάδα Μεσογεακής Αναιμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου.**

A. Για τις παραπάνω θέσεις γίνονται δεκτοί ως υποψήφιοι όσοι έχουν:

1. Ελληνική Ιθαγένεια ή προέρχονται από Κράτη Μέλη της ΕΟΚ.
2. Άδεια ασκήσεως Ιατρικού Επαγγέλματος.
3. Τίτλο αντίστοιχο με τη θέση Ιατρικής Ειδικότητας.
4. Ηλικία που να μην υπερβαίνει το 50^ο έτος για τους Επιμ.Β΄.

B. Οι ενδιαφερόμενοι υποχρεούνται να καταθέσουν τα παρακάτω δικαιολογητικά εις τριπλούν:

1. Αίτηση-Δήλωση σε ειδικό έντυπο το οποίο βρίσκεται αναρτημένο στον ιστότοπο του Υπουργείου Υγείας (www.moh.gov.gr), στον ιστότοπο των Δ.Υ.Πε. και των Νοσοκομείων, 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 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 γιατρού στην οποία θα αναφέρονται τα εξής:

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ

α) ότι δεν έχει αρνηθεί διορισμό σε θέση του κλάδου γιατρών ΕΣΥ ή σε αντίθετη περίπτωση ότι έχουν συμπληρωθεί πέντε (5) χρόνια από την παρέλευση της προθεσμίας ανάληψης υπηρεσίας και

β) ότι δεν έχει παραιτηθεί από θέση του κλάδου ιατρών ΕΣΥ πριν από τη συμπλήρωση δύο (2) ετών από το διορισμό του ή σε αντίθετη περίπτωση ότι έχουν συμπληρωθεί πέντε (5) χρόνια από την ημερομηνία παραίτησής του.

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

9.Υπεύθυνη Δήλωση του υποψηφίου για διορισμό ιατρού, στην οποία να αναφέρεται ότι δεν υπηρετεί στο Ε.Σ.Υ. ή ότι έχει υποβάλει 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 γράφονται περιληπτικά τα ουσιαστικά προσόντα του υποψηφίου και ιδιαίτερα εκείνα που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.8 του άρθρου 37 του Ν.2519/97 (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 αξιολογήσή 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. Αντίτυπα 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. Για τη θέση του Επιμελητή Β' για το Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, η εμπειρία στον Μαγνητικό Τομογράφο, τον Μαστογράφο και σε τεχνικές της Επεμβατικής Ακτινολογίας, αποδεικνύονται με την κατάθεση σχετικών πιστοποιητικών-βεβαιώσεων.

15. 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.

Οι υποψήφιοι πρέπει να συγκεντρώνουν τα απαιτούμενα προσόντα κατά το χρόνο λήξης της προθεσμίας υποβολής των δικαιολογητικών.

Γ. Η αίτηση - δήλωση και όλα τα δικαιολογητικά υποβάλλονται στη Γραμματεία του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας εις τριπλούν, κάθε σειρά σε ξεχωριστό φάκελο, μέσα σε **προθεσμία είκοσι (20) ημερών, ήτοι από 03-6-2016 έως και 22-6-2016.**

Αιτήσεις - Δηλώσεις μαζί με τα δικαιολογητικά, μπορούν να υποβάλλονται και ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή ή με εταιρεία ταχυμεταφοράς στη Γραμματεία του Νοσοκομείου στη διεύθυνση: «Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας, Τέρμα Ταυρωπού, Τ.Κ. 43100-ΚΑΡΔΙΤΣΑ» μέσα στην παραπάνω ορισθείσα ημερομηνία. Για τις αιτήσεις αυτές η

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ

ημερομηνία υποβολής προκύπτει είτε από τη σφραγίδα του ταχυδρομείου είτε από το αποδεικτικό παράδοσης στην εταιρεία ταχυμεταφοράς.

Αιτήσεις - Δηλώσεις και δικαιολογητικά μετά τη λήξη της προθεσμίας δεν γίνονται δεκτά.

Από το Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του Νοσοκομείου μας οι ενδιαφερόμενοι θα μπορούν να παίρνουν κάθε συμπληρωματική πληροφορία στο τηλέφωνο 24413-51339 τις εργάσιμες ημέρες και ώρες (07:30 με 15:00).

Δ. Η Προκήρυξη αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.3861/2010 (ΦΕΚ 112 Α') και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους, ενώ αποστέλλεται και στη 5^η Δ.Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας, προκειμένου να αναρτηθεί στον ιστοτόπο της.

Επιπλέον, η Προκήρυξη, η σχετική Αίτηση και οι Υπεύθυνες Δηλώσεις, θα αναρτηθούν και μπορεί να αναζητηθούν στον Ιστότοπο του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας (www.noskard.gr).

Καρδίτσα 27-5-2016

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ
ΤΟΥ Γ.Ν.ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ

κ.α.α

ΓΡΑΒΒΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
Δ/ΝΤΡΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ