

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
2^η Δ.Υ.ΠΕ ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
Γ. Ν. ΚΑΡΠΑΘΟΥ

«ΑΓΙΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Ο ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ»
Βρόντη 85700 Κάρπαθος

Κάρπαθος, 29/11/2024
Αρ.πρωτ.: 8385

Προς : Κάθε ενδιαφερόμενο

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

για συνεργασία ενός (1) ειδικευμένου ιατρού ειδικότητας Οφθαλμολογίας με το Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία Γ.Ν. ΚΑΡΠΑΘΟΥ «ΑΓΙΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Ο ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ» για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους υπό καθεστώς έκδοσης από αυτόν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών (Α.Π.Υ.).

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του ν.3329/2005 «Εθνικό σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ.Α' /81/04-04-2005), όπως αυτές τροποποιήθηκαν, συμπληρώθηκαν και ισχύουν σήμερα.
2. Την αριθμ. Γ2α/9317/17/18-3-2019 (ΦΕΚ 1092/2-4-2019/τ' Β) Υπουργική απόφαση Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Καρπάθου «ΑΓΙΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Ο ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ» Ν.Π.Δ.Δ.
3. Την αριθμ. ΔΑΑΔ 586/04-01-2023 Απόφαση Διοικητή της 2^{ης} Υ.Π.Ε. Πειραιώς και Αιγαίου σύμφωνα με την οποία η κα ΣΥΜΣΙΡΙΚΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑ ορίζετε Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας του Γ.Ν. Καρπάθου.
4. Τις διατάξεις της παρ. 1, του αρ.41 του Ν.4058/2012 (ΦΕΚ 63/22-3-2012 τ. Α'), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει.
5. Τις διατάξεις της § 1 του άρθρου 182 του Ν.4261/2014 (ΦΕΚ 107/Α/2014)
6. Τις διατάξεις του Ν.4325/2015 (ΦΕΚ 47/Α/2015).
7. Την υπ' αριθμ.:26/06-09-2024 (θέμα 1^ο) ΑΔΑ:9ΤΧΦ46Μ52Μ-Ξ87 απόφαση του Δ.Σ. του Γενικού Νοσοκομείου Καρπάθου «ΑΓΙΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Ο ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ».
8. Την με Αριθμ.Πρωτ.:481/10-09-2024 απόφαση ανάληψης υποχρέωσης του Γ.Ν. ΚΑΡΠΑΘΟΥ (ΑΔΑ:Ψ9ΕΛ46Μ52Μ-1Τ3).
9. **Την με Αριθμ.Πρωτ.:Γ4β/49515/25-11-2024 έγκριση του Υπουργείου Υγείας.**
10. Τις αυξημένες ανάγκες των κατοίκων της Καρπάθου για παροχή υπηρεσιών υγείας από ιατρό Οφθαλμολογίας, καθώς και το πλήθος των ασθενών που προσέρχονται στο ΤΕΠ για επείγοντα οφθαλμολογικά περιστατικά.

Προβαίνουμε σε πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συνεργασία ενός (1) ιατρού ειδικότητας **Οφθαλμολογίας** με το Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία Γ.Ν. ΚΑΡΠΑΘΟΥ «ΑΓΙΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Ο ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ» για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους υπό καθεστώς έκδοσης από αυτόν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών (Α.Π.Υ.) για την:

- Συμμετοχή του στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου, τέσσερις ημέρες την εβδομάδα.
- Κάλυψη τεσσάρων (4) ενεργών εφημεριών.
- Η αμοιβή υπολογίζεται σε τρεις χιλιάδες εκατόν ενενήντα πέντε ευρώ (3.195,00€-μικτά) μηνιαίως ,συμπεριλαμβανομένων των οποιοδήποτε κρατήσεων.
- Οποιαδήποτε ιατρική πράξη που εκτελείται θα φέρει την αποκλειστική ευθύνη του εν λόγω ιατρού.
- Ως χρονική διάρκεια της σύμβασης ορίζεται ένα πλήρες ημερολογιακό έτος.

➤ **ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΓΙΑ ΚΑΤΑΛΗΨΗ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ**

• **ΚΥΡΙΑ ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ**

- Πτυχίο Ιατρικής Α.Ε.Ι. (ελληνικού ή επίσημα αναγνωρισμένου από το Ελληνικό Κράτος Ιδρύματος).
- Άδεια Άσκησης Επαγγέλματος.
- Άδεια Τίτλου ειδικότητας Οφθαλμιάτρου.

• **ΕΜΠΕΙΡΙΑ**

Ως εμπειρία της παραπάνω θέσης νοείται η αποδεδειγμένη απασχόληση με σχέση εργασίας ή σύμβαση έργου στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ή άσκηση ιδιωτικού ελεύθερου επαγγέλματος στα καθήκοντα ιατρού Οφθαλμολογίας.

• **ΛΟΙΠΕΣ ΤΗΡΟΥΜΕΝΕΣ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ**

- Να είναι Έλληνες πολίτες.
- Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων τους.
- Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιούπαλληλική ιδιότητα.
- Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν λάβει νόμιμη απαλλαγή.
- Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στην οικεία Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες.
- Να είναι εγγεγραμμένοι σε Ιατρικό Σύλλογο της Χώρας.

• **ΕΞΕΤΑΣΗ - ΣΕΙΡΑ ΚΑΤΑΤΑΞΗΣ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ**

Η εξέταση των κατατιθέμενων αιτήσεων και κατάταξη των υποψηφίων θα πραγματοποιηθεί από την αρμόδια επιτροπή που έχει συσταθεί λαμβάνοντας υπόψη τα παρακάτω επιλογής με συντελεστές:

- 70% τα απαιτούμενα κύρια και επικουρικά τυπικά προσόντα.
- 20% η εμπειρία.
- 10% η προσωπική συνέντευξη.

• **ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν **αίτηση (επισυνάπτεται υπόδειγμα)** με όλα τα αναφερόμενα δικαιολογητικά, αυτοπρόσωπος ή με άλλο νομίμως εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, στο Πρωτόκολλο του Νοσοκομείου ή ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή, η αποστολή της οποίας να προκύπτει ότι έλαβε χώρα μέσα στην κατωτέρω οριζόμενη δια της παρούσας προθεσμία, στη διεύθυνση:

Γ.Ν. ΚΑΡΠΑΘΟΥ «ΑΓΙΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Ο ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ»»

**Τμήμα Γραμματείας
Βρόντη Κάρπαθος 85700**

με την ένδειξη «ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΙΑΤΡΟ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ» ή ηλεκτρονικά εντός της ίδιας κατωτέρω προθεσμίας στην ηλεκτρονική διεύθυνση: **grammateia@karpathos-hospital.gov.gr**

• **ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ:**

1. Ακριβές αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας.
2. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
3. Έγγραφα απόδειξης εμπειρίας.
4. Αντίγραφο τίτλου σπουδών.
5. Αντίγραφο Άδειας άσκησης επαγγέλματος.
6. Αντίγραφο Άδειας τίτλου ειδικότητας Οφθαλμολογίας.
7. Σύντομο βιογραφικό σημείωμα.
8. Υπεύθυνη δήλωση θεωρημένη αρμοδίως και νομίμως για την γνησιότητα της υπογραφής ότι μέχρι την ημέρα υποβολής της αίτησης τους είναι:
 - ✓ Ασφαλιστικά ενήμεροι ως προς τις υποχρεώσεις τους, που αφορούν εισφορές κοινωνικής ασφάλισης.
 - ✓ Φορολογικά ενήμεροι ως προς τις φορολογικές υποχρεώσεις.

Σημείωση: τα δικαιολογητικά 4, 5 και 6 θα ελεγχθούν ως προς την γνησιότητα τους σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις.

**Η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων ορίζεται δια της παρούσης από:
Σήμερα Παρασκευή 29/11/2024 μέχρι και Παρασκευή 06/12/2024.**

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΣΥΜΣΙΡΙΚΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1. 2^η Δ.Υ.ΠΕ ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
2. ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΡΟΔΟΥ
3. ΙΣΤΟΤΟΠΟ Γ.Ν. ΚΑΡΠΑΘΟΥ «ΑΓΙΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Ο ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ»

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

Δ.Ι.Υ/ /ΠΡΟΕΔΡΟ ΕΠΙΣΤ.ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ/Π.Ο.Υ/ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ/ΑΡΜΟΔΙΟ ΥΠΑΛΛΗΛΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ/ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ Γ.Ν. ΚΑΡΠΑΘΟΥ.

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

ΓΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΙΑΤΡΟΥ ΜΕ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΠΑΘΟΥ
«ΑΓΙΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Ο ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ»

Σε ανταπόκριση της Πρόσκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος με
Αρ.πρωτ.: για θέση **ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥ** Ιατρού
Ειδικότητας **ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑΣ**

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :

ΑΡ.ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ :

Α.Φ.Μ. ΑΡΜΟΔΙΑ Δ.Ο.Υ.

ΑΜΚΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΣΑΥ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

e-mail :

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....

...../...../2024
Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ