



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

«ΑΓΙΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Ο ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ»
Βρόντη 85700 Κάρπαθος

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ

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 (από 1/11/2023 έως και 31/10/2024 με 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.Γ4β/Γ.Π.οικ.37637/28-06-2022 (ΦΕΚ 541/01-07-2022/τ' ΥΟΔΔ) Υπουργική Απόφαση αποδοχής παραίτησης του Διοικητή στο ΚΘ-ΚΥ Λέρου κ. Στασινόπουλου Βασιλείου και διορισμός Προσωρινού Διοικητή στο Γ.Ν.Καρπάθου «ΑΓΙΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Ο ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ» αρμοδιότητας Πειραιώς και Αιγαίου, κ. ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ.
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.:29/23-08-2023 (θέμα 2^ο) ΑΔΑ:667Π46Μ52Μ-Π4Ξ απόφαση του Δ.Σ. του Γενικού Νοσοκομείου Καρπάθου «ΑΓΙΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Ο ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ»
8. Την με Αριθμ.Πρωτ.:493/24-08-2023 απόφαση ανάληψης υποχρέωσης του Γ.Ν. ΚΑΡΠΑΘΟΥ (ΑΔΑ:659146Μ52Μ-ΛΤ8).
9. **Την με Αριθμ.Πρωτ.:Γ4β/45554/20-09-2023 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 (από 1/11/2023 έως και 31/10/2024) 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 εκτελείτε θα φέρει την αποκλειστική ευθύνη του εν λόγω ιατρού.
- Η διάρκεια της σύμβασης θα είναι 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 δημοσιοϋπαλληλική 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 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: **dioikitis@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. Έγγραφο 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 Δευτέρα 25/09/2023 μέχρι και Παρασκευή 06/10/2023.

Ο Διοικητής του Γ.Ν. ΚΑΡΠΑΘΟΥ

ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1. 2^ο 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.....

...../...../2023
Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ