# . ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ Κρέστενα :10-04-2018

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ κ΄ Κ.Α. Α.Π : 478

# 6Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

# ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ –ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ

# ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

**--------------------------------------------------**

# ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΛΕΙΑΣ – Ν. Μ. ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ

# ΤΜΗΜΑ : ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ –ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ

## Ταχ. Διεύθυνση : Κρέστενα Ηλείας

Τ.Κ. : 27055

Πληροφορίες: Π. Μπαρλαμπά

## ΤΗΛ: 2625-360263

## ΦΑΞ: 26250-23400

**Email : grammateiagnk@yahoo.gr**

**ΘΕΜΑ: Προκήρυξη θέσης ειδικευμένου ιατρού επί θητεία , κλάδου Ε.Σ.Υ. της Νοσηλευτικής Μονάδας Κρέστενας του Γ.Ν. Ηλείας.**

**ΑΠΟΦΑΣΗ –ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ**

**Ο Διοικητής του Γ.Ν. Ηλείας ( με αρμοδιότητα και για τη Νοσηλευτική Μονάδα Κρέστενας) έχοντας υπόψη:**

1. **Τα άρθρα 26και 27 του Ν 1397|83 « Εθνικό Σύστημα Υγείας » όπως τροποποιήθηκε με το τέταρτο άρθρο του Ν 4258|18 και ισχύει.**
2. **Τους Ν 2071|92, Ν 2194|94, Ν 2519|97**
3. **Την παρ. 1 του άρθρου 69 του Ν 2071|92 ( Φ.Ε.Κ. 123Α΄) Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας »όπως αντικαταστάθηκαν με τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 35 του Ν 4368|2016 (Φ.Ε.Κ. 21Α) « Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις.**
4. **Το Π.Δ. 63|2005 ( Φ.Ε.Κ. 98Α΄) Κωδικοποίηση της νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα κυβερνητικά όργανα , όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.**
5. **Το Π.Δ. 73|2015( Φ.Ε.Κ. 116|Α΄) « Διορισμός Αντιπροέδρου της Κυβέρνησης , Υπουργών , Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών ».**
6. **Τα άρθρα 7 και 8 του Ν 4498|2017(Φ.Ε.Κ. 172|Α΄, όπως τροποποιήθηκε με τις διατάξεις του άρθρου 9 και του Ν 4517|2018 ( Φ.Ε.Κ. 22|Α΄) .**
7. **Την παρ. 4 του άρθρου 49 του Ν 4508|2017 ( Φ.Ε.Κ. 200|Α΄).**
8. **Την υπ. αριθμ. Υ25|6-10-2015 ( Φ.Ε.Κ. 2144|Β΄) απόφαση του Πρωθυπουργού «ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Αναπληρωτή Υπουργό Υγείας Παύλο Πολάκη»**
9. **Την υπ. αριθμ. Γ4α|Γ.Π. οικ. 4044|17-01-2018 (Φ.Ε.Κ.116|Β΄)Υπουργική Απόφαση « Καθορισμός κριτηρίων επιλογής και διαδικασία υποβολής υποψηφιοτήτων , αξιολόγησης και επιλογής για θέσεις κλάδου ιατρών και οδοντιάτρων Ε.Σ.Υ. (ΑΔΑ:6ΔΔΙ465ΦΥΟ-Ν70) όπως τροποποιήθηκε με την υπ. αριθμ. Γ4α|Γ.Π. οικ. 13274|13-02-2018 ( Φ.Ε.Κ.548|Β΄) όμοια (ΑΔΑ: 6ΚΓ465ΦΥΟ-ΕΙΣ) .**
10. **Την υπ. αριθμ. Γ4α|Γ.Π. οικ. 13273|13-2-2018 ( Φ.Ε.Κ.621Β ΄) Υπουργική Απόφαση «Διαδικασία προκήρυξης θέσεων ιατρών και οδοντιάτρων Ε.Σ.Υ. » (ΑΔΑ:ΩΑΚΓ465ΦΥΟ-Κ5Κ).**
11. **Την υπ. αριθμ.Γ4α|Γ.Π. οικ. 20585|9-03-2018 εγκύκλιο σχετικά με τη διαδικασία προκήρυξης και υποβολής υποψηφιότητας για την πλήρωση θέσεων ιατρών Ε.Σ.Υ. (ΑΔΑ: ΩΝ2Φ465ΦΥΟ-1ΘΖ).**
12. **Την υπ. αριθμ. πρωτ. Γ4α|Γ.Π.οικ. 23273|19-03-2018 (ΑΔΑ: 94ΑΟ465ΦΥΟ-Θ3Χ)συμπληρωματική εγκύκλιο σχετικά με τη διαδικασία προκήρυξης θέσεων ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ. και υποβολή υποψηφιοτήτων .**
13. **Το υπ. αριθμ. πρωτ. Γ4α|Γ.Π. οικ. 23727|20-03-2018 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας με θέμα: Διευκρινίσεις σχετικά με την υποβολή υποψηφιότητας ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ. σε νέα προκήρυξη.**
14. **Την υπ. αριθμ. Γ4α|Γ.Π. Γ.Π.|25794|σχετ. Γ.Π.|24644|3-04-2018 απόφαση έγκρισης προκήρυξης θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ. του Υπουργού και Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας .**
15. **Τον ενοποιημένο Οργανισμό του Γ.Ν. Ηλείας (Φ.Ε.Κ. 3499|τ.Β΄|31-12-2012).**
16. **Τον Οργανισμό του Γ.Ν.-Κ.Υ. Κρεστένων ( Φ.Ε.Κ. 3429|τ.Β΄ |24-12-2012).**

**ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ**

**Την προκήρυξη για την πλήρωση της παρακάτω επί θητεία θέσης ειδικευμένου ιατρού του κλάδου Ε.Σ.Υ. του Γ.Ν. ΗΛΕΙΑΣ ( ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΉ ΜΟΝΑΔΑ ΚΡΕΣΤΕΝΑΣ ) ως εξής:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΦΟΡΕΑΣ** | **ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ** | **ΒΑΘΜΟΣ** | **ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ** |
| **Γ.Ν. ΗΛΕΙΑΣ –ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΚΡΕΣΤΕΝΑΣ** | **ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ή**  **ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ** | **ΕΠΙΜ. Β΄** | **ΜΙΑ(1)** |

**Α. Για την κατάληψη της ανωτέρω θέσης απαιτείται οι υποψήφιες |ιοι να έχουν:**

**α) Ελληνική ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από Κράτη Μέλη της Ε.Ε.**

**β) Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος**

**γ) Κατέχουν τίτλο ειδικότητας ή χρόνο άσκησης στην ειδικότητα και**

**συγκεκριμένα : για το βαθμό του Επιμελητή Β΄, κατοχή τίτλου ειδικότητας .**

**Β. Η αίτηση –δήλωση υποψηφιότητας , υποβάλλεται ηλεκτρονικά στην ηλεκτρονική διεύθυνση esydoctors.moh.gov.gr μέσα στην προθεσμία που ορίζεται στην παρούσα απόφαση .**

**Γ. Η προθεσμία υποβολής αιτήσεων στην ηλεκτρονική διεύθυνση esydoctors.moh.gov.gr αρχίζει στις 4-05-2018 ώρα 12μ.μ.και λήγει στις 24-05-2018 ώρα 23:59.**

**Δ. Επισημαίνεται ότι , μέσα στην ανωτέρω προθεσμία , ο υποψήφιος πρέπει να καταθέσει στη Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού της 6ης Υ.Πε. , αυτοπροσώπως ή μες εξουσιοδοτημένο από αυτόν πρόσωπο ή να αποστείλει ταχυδρομικά , είτε με συστημένη επιστολή είτε με εταιρεία ταχυμεταφοράς , σε έντυπη μορφή τα κάτωθι δικαιολογητικά και εκτυπωμένο και υπογεγραμμένο αντίγραφο της υποβληθείσας ηλεκτρονικά αίτησης σε κλειστό φάκελο στον οποίο θα αναγράφεται η θέση για την οποία υποβάλλει υποψηφιότητα. :**

1. **Αίτηση-Δήλωση η οποία υποβάλλεται ηλεκτρονικά στην ηλεκτρονική διεύθυνση esydoctors.moh.gov.gr .**
2. **Αντίγραφο της αίτησης –δήλωσης υποψηφιότητας που έχει υποβληθεί ηλεκτρονικά υπογεγραμμένο από τον υποψήφιο.**
3. **Φωτοαντίγραφο πτυχίου. Σε περίπτωση πτυχίου Πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του πτυχίου , επικυρωμένο φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ, όπου απαιτείται .**
4. **Φωτοαντίγραφο της απόφασης της άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.**
5. **Φωτοαντίγραφο της απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας.**
6. **Βεβαίωση του οικείου Ιατρικού Συλλόγου στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος , η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της .**
7. **Πιστοποιητικό γέννησης ή φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου. Όταν πρόκειται για πολίτη κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται και επίσημη μετάφραση των δικαιολογητικών αυτών.**
8. **Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής, όπου απαραίτητη , η οποία εκδίδεται από το Τμήμα ιατρών υπηρεσίας υπαίθρου της Διεύθυνσης Ανθρώπινου Δυναμικού Νομικών Προσώπων του Υπουργείου Υγείας .**
9. **Υπεύθυνη Δήλωση του υποψήφιου 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 (2) χρόνια συνεχούς υπηρεσίας σε ομοιόβαθμη**

**με την κρινόμενη θέση εάν είναι ήδη ιατρός του Ε.Σ.Υ.**

**(δ) 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 εκάστοτε προκήρυξης.**

1. **Για την απόδειξη των ουσιαστικών προσόντων που αναφέρονται στο βιογραφικό σημείωμα , απαιτείται η υποβολή επίσημων πιστοποιητικών ή βεβαιώσεων .**
2. **Οι επιστημονικές εργασίες αναφέρονται στο βιογραφικό σημείωμα του υποψηφίου περιληπτικά . Ανάτυπα δημοσιευμένων επιστημονικών εργασιών και επιστημονικά περιοδικά στα οποία έχουν δημοσιευτεί τέτοιες εργασίες , υποβάλλονται κατά την κρίση του υποψηφίου.**
3. **Οι πολίτες κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης πρέπει να υποβάλλουν πιστοποιητικό ελληνομάθειας επιπέδου Β2 από το Κέντρο Ελληνικής Γλώσσας του Υπουργείου Παιδείας , Έρευνας και Θρησκευμάτων , ή από το Διδασκαλείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών , ή από το σχολείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης . Δεκτές γίνονται επίσης βεβαιώσεις γνώσης της ελληνικής γλώσσας , οι οποίες έχουν χορηγηθεί μετά από εξετάσεις ενώπιον της αρμόδιας επιτροπής του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.ΣΥ. Για το ιατρούς που είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα , ή απόφοιτοι Ελληνικού Πανεπιστημίου , ή διαθέτουν απόφαση ισοτιμίας και αντιστοιχίας του πτυχίου τους από τον ΔΟΑΤΑΠ (ΔΙΚΑΤΣΑ) μετά από εξετάσεις , ή έχουν αποκτήσει τίτλο ειδικότητας στην Ελλάδα , δεν απαιτείται βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας.**
4. **Οι υποψήφιοι για θέσεις οι οποίες προκηρύσσονται με ειδικές προϋποθέσεις πρέπει να υποβάλλουν τα πιστοποιητικά ή τις βεβαιώσεις τα οποία αναφέρονται ρητά στην προκήρυξη , άλλως η υποψηφιότητα κρίνεται μη παραδεκτή.**
5. **Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραιτήτως 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 αριθμ. ΔΙΣΚΠΟ\Φ15|οικ. 8342|1-4-2014 (ΑΔΑ: ΒΙΗΟΧ-6ΥΖ) και (ΔΙΑΔΠ|ΦΑ.2.3|21119|1-9-2014(ΑΔΑ: ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίους του Υπουργείου Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης , γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή φωτοαντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών , υπό την προϋπόθεση ότι τα έγγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί πρωτίστως από δικηγόρο.**

**Ε . Κάθε υποψήφια|ος μπορεί να υποβάλλει υποψηφιότητα σε μία (1) έως πέντε (5) θέσεις ειδικευμένων ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ. , που έχουν προκηρυχθεί από μία Δ.Υ.Π.Ε. με τις προκηρυχθείσες θέσεις της 1ης και 2ης ΔΥΠΕ , καθώς και της 3ης και 4ης ΔΥΠΕνα θεωρούνται , αντιστοίχως ,ως θέσεις μιας (1) Δ.Υ.Π.Ε. Στην αίτηση του ο υποψήφιος δηλώνει υποχρεωτικά τη σειρά προτίμησής του για κάθε θέση.**

**ΣΤ. Σε θέσεις ειδικευμένων ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ. , που προκηρύσσονται μέχρι τις 31Δεκεμβρίου 2018 , δεν μπορούν να θέσουν υποψηφιότητα ιατροί που υπηρετούν σε άλλη θέση ειδικευμένου ιατρού Ε.Σ.Υ. , εκτός εάν παραιτηθούν από τη θέση που κατέχουν μέχρι τη λήξη της προθεσμίας υποβολής των δικαιολογητικών της εκάστοτε προκήρυξης.**

**Ζ . Ο υποψήφιος που υποβάλλει υποψηφιότητα σε διαφορετικό Συμβούλιο , καταθέτει ισάριθμους με τις θέσεις που διεκδικεί φακέλους δικαιολογητικών με εκτυπωμένο και υπογεγραμμένο αντίγραφο της υποβληθείσας ηλεκτρονικής αίτησης σε κάθε φάκελο.**

**Η . Η απόφαση –προκήρυξη αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν 3861|2010 (Φ.Ε.Κ 112|Α΄) και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους , ενώ αποστέλλεται στην 6η Υ.Πε. Πελοποννήσου , Ιονίων Νήσων , Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας προκειμένου να αναρτηθεί στον ιστότοπο της και στη διεύθυνση dpnp\_a@moh.gov.gr.**

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν. ΗΛΕΙΑΣ**

**Ν.Μ. ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ**

**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ**

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**

1. **Υπουργείο Υγείας –Τμήμα Ιατρών Ε.Σ.Υ.**
2. **6η Υ.Πε. Πελοποννήσου , Ιονίων Νήσων , Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας**
3. **Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο**
4. **Ιατρικό Σύλλογο Πύργου –Ολυμπίας**
5. **Ιατρικό Σύλλογο Αμαλιάδας**