



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
**«Η ΕΛΠΙΣ»**

**ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ**

Αθήνα 23-11-2020

Αριθ. Πρωτ : 21259

ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
Πληρ: Πέρρου Χρηστίνα  
ΤΗΛ: 213 2039109

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

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ «Η ΕΛΠΙΣ»**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 7 του Ν. 3329/2005
2. Τις διατάξεις του άρθρου 14 της από 13.04.2020 Π.Ν.Π. (ΦΕΚ 84/Α/2020), όπως κυρώθηκε με το άρθρο 1 του ν. 4690/2020 (ΦΕΚ 104/Α/30-05-2020) και αντικαταστάθηκε με άρθρο 8 της από 10-08-2020 Π.Ν.Π (ΦΕΚ 157/Α/2020), όπως κυρώθηκε με το άρθρο 1 του ν. 4722/2020 (ΦΕΚ 177/Α/2020)
3. Τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 9 του π.δ. 80/2016 (Α' 145)
4. Την υπ' αριθμ. πρωτ Γ4β/Γ.Π. οικ. 41763/02-07-2020 (ΦΕΚ 2771/Α/2020) Απόφαση του Υφυπουργού Υγείας «Κατανομή ιδιωτών ιατρών σε δημόσια νοσοκομεία μεταξύ των Υ.ΠΕ για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών»
5. Το γεγονός ότι δεν υπάρχει ιατρός ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής στον κατάλογο των επικουρικών ιατρών
6. Την υπ' αριθμ. 272/14-10-2020 απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου
7. Την υπ' αριθ 50785/16-11-2020 Απόφαση του Διοικητή της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ Αττικής «Έγκριση της συνεργασίας με ιδιώτη ιατρό, ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής με έκδοση δελτίου παροχής υπηρεσιών για το ΓΝΑ Η ΕΛΠΙΣ»
8. Την υπ' αριθμ. 20990/17-11-2020 (ΑΔΑ: 62ΗΖ46904Ν-ΙΤΘ) Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την πρόσληψη ιατρού ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής με δελτίο παροχής υπηρεσιών, **η οποία απέβη άγονη**
9. Τις επιτακτικές υπηρεσιακές ανάγκες για την ομαλή λειτουργία του Ακτινολογικού Τμήματος του Νοσοκομείου
10. Την άκρως απαραίτητη και καιρίας σημασίας λειτουργία του αξονικού τομογράφου
11. Τον Οργανισμό του Νοσοκομείου

**ΚΑΛΕΙ**

Τους ενδιαφερόμενους ιδιώτες ιατρούς ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής, σε συνεργασία με το Γ.Ν.Α. «Η ΕΛΠΙΣ» με καθεστώς έκδοσης από αυτόν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τη σύναψη σύμβασης, ως ακολούθως:

ΦΟΡΕΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ	ΩΡΑΡΙΟ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
Γ.Ν.Α. «Η ΕΛΠΙΣ»	1	ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ	ΑΞΟΝΙΚΟ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΗΧΟΥΣ – ΤΡΙΠΛΕΞ ΣΩΜΑΤΟΣ	Τακτικό καθημερινό ωράριο από Δευτέρα έως και Παρασκευή με συμμετοχή στις εφημερίες του Νοσοκομείου	Έως 31-12-2020
Γ.Ν.Α. «Η ΕΛΠΙΣ»	1	ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ	ΑΞΟΝΙΚΟ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΗΧΟΥΣ – ΤΡΙΠΛΕΞ ΣΩΜΑΤΟΣ	Συμμετοχή <b>μόνο</b> στις εφημερίες του Τμήματος	Έως 31-12-2020
ΣΥΝΟΛΟ ΘΕΣΕΩΝ	2				

#### **A. 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.

#### **B. Ωράριο απασχόλησης:**

A. Τακτικό καθημερινό ωράριο από Δευτέρα έως και Παρασκευή με συμμετοχή στις εφημερίες του Νοσοκομείου

B. Συμμετοχή μόνο στις εφημερίες του Νοσοκομείου

#### **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.

Για τη συμμετοχή του ιατρού στις εφημερίες του Νοσοκομείου θα αμείβεται με αμοιβή ίση με αυτή του Επιμελητή Β' .

#### **Δ. Απαραίτητα δικαιολογητικά:**

- α) Αίτηση – δήλωση σε ειδικό έντυπο (Παράρτημα Ι), στην οποία θα δηλώνεται επακριβώς το επιθυμητό ωράριο απασχόλησης . 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 άσκησης 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 άσκησης 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. Εμπειρία:**

Αποδεδειγμένη γνώση εμπειρία (κατά προτίμηση άνω των δύο (2) ετών μετά από την λήψη του τίτλου Ειδικότητας στο Δημόσιο ή στον Ιδιωτικό Τομέα) σε εξετάσεις **ΑΞΟΝΙΚΟΥ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΥ, ΥΠΕΡΗΧΩΝ – ΤΡΙΠΛΕΞ ΣΩΜΑΤΟΣ.**

Ως προϋπηρεσία νοείται η απασχόληση με σχέση εργασίας ή σύμβαση έργου στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ή άσκηση επαγγέλματος με καθήκοντα ή έργα συναφή με το αντικείμενο της Ακτινολογία.

#### **ΣΤ. Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής:**

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο ή ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή στη διεύθυνση

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**  
**«Η ΕΛΠΙΣ»**  
**Δημητσάνας 1**  
**11522 – Αθήνα**

Με την ένδειξη «Για την πρόσκληση ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιατρό» έως την **Πέμπτη 26-11-2020** , όπως θα προκύπτει από την σφραγίδα του Ταχυδρομείου.

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

Η Προθεσμία υποβολής των αιτήσεων είναι από **23-11-2020 μέχρι και την 26-11-2020**.

Η τελική επιλογή θα γίνει από τη Διοίκηση του Γ.Ν.Α. «Η ΕΛΠΙΣ» .

Η Πρόσκληση αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ, σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 3861/2010, στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου ([www.elpis.gr](http://www.elpis.gr)) και αποστέλλεται στην 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ Αττικής .

### **Εσωτερική Κοινοποίηση**

Διοικητής

Δ.Ι.Υ.

Ε.Υ. του Ακτινολογικού Τμήματος

Π.Ο.Υ

Μισθοδοσία

Τμήμα Προσωπικού

Ο Διοικητής του Νοσοκομείου

ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΟΤΣΑΡΙΔΗΣ

### **Εξωτερική Κοινοποίηση**

Διοίκηση 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ Αττικής

e-mail: [hrd@1dype.gov.gr](mailto:hrd@1dype.gov.gr)

Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος

Πλουτάρχου 3, 106 75 Αθήνα

e-mail: [gensec@pis.gr](mailto:gensec@pis.gr)

[pis@pis.gr](mailto:pis@pis.gr)

Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών

Σεβαστουπόλεως 113, 115 23 Αθήνα

e-mail: [pressoffice@isathens.gr](mailto:pressoffice@isathens.gr)

Ελληνική Ακτινολογική Εταιρεία

e-mail: [info@helrad.org](mailto:info@helrad.org)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι  
ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΣΗ .....

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα πατρός:

Αριθμός Τηλεφώνου:

e-mail:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Α) Αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθμ. .... πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για υποβολή πρότασης.

Β) Διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα (σε πρωτότυπα ή επίσημα 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:

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή: