



**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**  
**5<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ**  
**ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**  
**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ**

**ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ**

**Λαμία 13/3/2024**  
**Αριθμ. Πρωτ : Π/ 5709**

**2<sup>η</sup> Επαναληπτική Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συνεργασία με το ΝΠΔΔ με την επωνυμία Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας ενός (1) ιδιώτη ΠΕ Ιατρού ειδικότητας Παιδιατρικής, με άσκηση ειδικότητας τουλάχιστον δύο (2) έτη , για κάλυψη αναγκών του Παιδιατρικού Τμήματος , για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους ,με καθεστώς έκδοσης από αυτόν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών και προς τούτο έκδοση αντίστοιχων δελτίων παροχής υπηρεσιών του ιατρού προς το Νοσοκομείο για τους ασθενείς στο Νοσοκομείο Λαμίας.**

Έχοντας υπόψη:

- Τις διατάξεις του άρθρου 41 του νόμου 4058/2012(ΦΕΚ 63/Α'/2012, όπως τροποποιήθηκε συμπληρώθηκε και ισχύει.
- Την υπ' αριθμ. Α3α/ οικ. 110515/2014 Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 3444/τ. Β /22-12-2014) «Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας»
- Την υπ' αριθμ. 37/28-12-2023 (θ, 7<sup>ο</sup>) απόφαση ΔΣ του ΓΝ Λαμίας .
- Την υπ' αριθμ Β/758/8-1-2024 βεβαίωση δέσμευσης πίστωσης
- Το υπ' αριθμ. Π/25076/28-12-2023 έγγραφό μας
- Την υπ' αριθμ. Γ4β/ 69338/2-2-2024 εγκριτική απόφαση του Υπουργείου Υγείας
- Τις υπ' αριθμ. Π/2956/7-2-2024 & Π/4051/21-02-2024 προσκλήσεις εκδήλωσης ενδιαφέροντος , οι οποίες απέβησαν άγονες

**Προσκαλούμε τους ενδιαφερόμενους για συνεργασία με το Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας και συγκεκριμένα ενός (1) ιδιώτη ΠΕ Ιατρού ειδικότητας Παιδιατρικής, με άσκηση ειδικότητας τουλάχιστον δύο (2) έτη , για κάλυψη αναγκών του Παιδιατρικού Τμήματος , για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους ,με καθεστώς έκδοσης από αυτόν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών και προς τούτο έκδοση αντίστοιχων δελτίων παροχής υπηρεσιών του ιατρού προς το Νοσοκομείο για τους ασθενείς στο Νοσοκομείο Λαμίας. Η συνεργασία του Ιατρού θα αφορά καθεστώς πλήρους -αλλά όχι αποκλειστικής απασχόλησης-αμοιβή ίση με αυτή του Επιμ. Α' και κάλυψη κατ' ανώτατο μηνιαίο όριο έως επτά (7) εφημερίες.**

### **Κριτήρια Επιλογής**

#### **1. ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΗΨΗ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ**

Απαιτούμενα προσόντα (για τη θέση)

Πτυχίο ή δίπλωμα Ιατρικής Α.Ε.Ι. άδεια άσκησης επαγγέλματος, άδεια τίτλου αντίστοιχης Ειδικότητας

#### **2. ΕΜΠΕΙΡΙΑ**

Ως εμπειρία για την θέση **ΠΕ Ιατρού ειδικότητας Παιδιατρικής** νοείται η αποδεδειγμένη απασχόληση με σχέση εργασίας ή σύμβαση έργου στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ή άσκηση επαγγέλματος σε καθήκοντα ΠΕ Ιατρού ειδικότητας Παιδιατρικής . Άσκηση ειδικότητας τουλάχιστον δύο (2) έτη

#### **3. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΤΑΤΕΘΕΙΜΕΝΩΝ ΦΑΚΕΛΩΝ**

Μετά την κατάθεση των δικαιολογητικών θα ακολουθήσει αξιολόγηση από επιτροπή εξέτασης των κατατεθειμένων φακέλων .

Οι υποψήφιοι πρέπει να είναι:

1. Έλληνες πολίτες.

2. Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
3. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιούπαλληλική ιδιότητα.
4. Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.
5. Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στη ΔΟ.Υ. ως επιτηδευματίες.
6. Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στον Ιατρικό σύλλογο Φθιώτιδας .
7. Να έχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

Για τη σειρά κατάταξης λαμβάνονται υπόψη τα παρακάτω αναφερόμενα κριτήρια επιλογής με συντελεστές:

70% τα απαιτούμενα κύρια και επικουρικά προσόντα

20% εμπειρία

10% προσωπική συνέντευξη

### **Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής**

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, στο πρωτόκολλο του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας είτε ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή, από την οποία θα προκύπτει ότι η αποστολή έλαβε χώρα μέσα στην οριζόμενη δια της παρούσας προθεσμία, στο Νοσοκομείο Λαμίας στη διεύθυνση:

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ , Παπασιοπούλου τέρμα, ΤΚ 35100, Λαμίας, με την ένδειξη «ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΠΕ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ»

Με την αίτηση συνυποβάλλονται:

- α. Ακριβές αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας.
- β. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιούπαλληλική ιδιότητα.
- γ. Έγγραφα απόδειξης εμπειρίας
- δ. Ακριβές αντίγραφο τίτλου σπουδών.
- ε. Άδεια άσκησης επαγγέλματος
- στ. Άδεια τίτλου αντίστοιχης ειδικότητας
- ζ. Σύντομο βιογραφικό σημείωμα
- η. Υπεύθυνη δήλωση θεωρημένη αρμοδίως και νομίμως για την γνησιότητα της υπογραφής ότι μέχρι και την ημέρα υποβολής της αίτησής τους είναι:
  - α) ασφαλιστικά ενήμεροι ως προς τις υποχρεώσεις τους, που αφορούν εισφορές κοινωνικής ασφάλισης (κύριας και επικουρικής) και
  - β) φορολογικά ενήμεροι ως προς τις φορολογικές υποχρεώσεις

Με την πρόσληψη και την υπογραφή της σύμβασης οφείλει ο ιατρός να προσκομίσει:

1. Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α' για άνδρες (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.
2. τα οριζόμενα στις διατάξεις του άρθρου 7 του ν.4210/2013, για την πιστοποίηση υγείας,
3. βεβαίωση εγγραφής στον ιατρικό σύλλογο **ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ**

Η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων ορίζεται δια της παρούσης από **14-03-2024 μέχρι και 28-03-2024 ( σφραγίδα του ταχυδρομείου)**

### **ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ**

1. Υπουργείο Υγείας  
Δ/νση Ανθρώπινου Δυναμικού  
Νομικών Προσώπων, Τμήμα Β'  
email: aitimataepikourikou@moh.gov.gr
2. 5η ΥΠΕ Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας  
email: edel@dypethessaly.gr
3. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

### **Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν. ΛΑΜΙΑΣ**

**ΑΝΔΡΕΑΣ Ι. ΚΟΛΟΚΥΘΑΣ**

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

email: pisinfor@pis.gr

4. Ιατρικό Σύλλογο Φθιώτιδας

email: info@isf.gr

5. Ιατρικό Σύλλογο Εύβοιας

email: isylevia@otenet.gr

6. Δ/ντρια Ιατρικής Υπηρεσίας

7. Προσ. Προϊστάμενο Παιδιατρικού Τμ.

8. Οικονομικό Τμήμα