



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ
5^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας

ΛΑΡΙΣΑ 20/02/2024
Αριθμ. Πρωτ. 16856

Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

Τηλέφωνο : 2413 – 500844, 857
E-mail : hr@dypethessaly.gr

Θέμα : Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την συνεργασία με ιδιώτη παιδίατρο, για κάλυψη αναγκών του Π.Π.Ι ΡΑΧΩΝ, αρμοδιότητας 5^{ης} Υ.Πε.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΗΣ 5^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

Έχοντας υπόψη :

1. Τις διατάξεις του άρθρου 10 του ν.3329/2005(ΦΕΚ 81/Α/2005) «Εθνικό Σύστημα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» όπως αντικαταστάθηκε αρχικά από το άρθρο τρίτο του ν.4542/2018(Α'95) και εν συνεχεία από το άρθρο 36 του ν.4633/2019(Α'161).
2. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 41 του ν.4058/2012(Α'63), όπως αρχικά αντικαταστάθηκε από το άρθρο 44 του ν.4486/2017(Α'115), εν συνεχεία τροποποιήθηκε με το άρθρο 47 του ν.4633/2019(ΦΕΚ 161) τεύχος Α, το άρθρο 104 του ν. 5034/2023 (ΦΕΚ 69) τεύχος Α' και τροποποιήθηκε με το άρθρο 5 του Ν.5046/29-7-2023 και ισχύει.
3. Τη διάταξη του άρθρου 3 παρ.5, εδ.23 του Ν. 3329/2005, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το Ν. 3527/2007, σύμφωνα με την οποία «Ο Διοικητής κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας συγκροτεί ομάδες εργασίας ή επιτροπές για τη μελέτη, εισήγηση ή παροχή γνωμοδοτήσεων σε θέματα που αναφέρονται στη δραστηριότητα της Δ.Υ.ΠΕ. και των ΦΠΥΥΚΑ ευθύνης του».
4. Τη υπ' αριθμ. πρωτ. Γ4β/Γ.Π.οικ.: 65128/16-9-2019 (ΦΕΚ 751/τ. Υ.Ο.Δ.Δ./18.09.2019) Απόφαση του Υπουργού Υγείας για διορισμό του κ. Φώτιου Σερέτη ως Διοικητή της 5ης Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδος, όπως η θητεία του παρατάθηκε και ισχύει σήμερα.
5. Το αριθμ. πρωτ. 74345/14.9.2022 αίτημα της 5^{ης} Υ.Πε για συνεργασία με ιδιώτη Παιδίατρο για την κάλυψη αναγκών του ΠΠΙ Ραχών
6. Η αριθμ πρωτ Γ4β/52791/13-10-2022 Απόφαση της Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας με θέμα: «Έγκριση συνεργασίας του ΠΠΙ ΡΑΧΩΝ με (1) έναν ιατρό ειδικότητας ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ με καθεστώς έκδοσης από αυτόν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών»
7. Την αριθμ πρωτ 33533/12-4-2023 Απόφαση του Διοικητή της 5ης ΥΠΕ με την οποία εγκρίθηκε η συνεργασία της 5ης ΥΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς με τον ειδικευμένο ιατρό ΚΟΥΤΡΟΥΜΠΑ ΔΗΜΗΤΡΙΟ του ΧΡΗΣΤΟΥ ιατρού ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ, με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών για χρονικό διάστημα 12 μηνών, (από 2.5.2023 έως 1.5.2024) προς κάλυψη των αναγκών και εξασφάλισης της εύρυθμης λειτουργίας του ΠΠΙ ΡΑΧΩΝ του ΚΥ ΣΤΥΛΙΔΑΣ.
8. Την διακοπή της συνεργασίας της 5^{ης} Υ.Πε και του ΠΠΙ Ραχών με τον παιδίατρο Κουτρούμπα Δημήτριο, κατόπιν αιτήματος του ιατρού.

Κ Α Λ Ε Ι

Σε ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ για την κάλυψη των αναγκών του **Π.Π.Ι. ΡΑΧΩΝ**, αρμοδιότητας της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, και ειδικότερα για συνεργασία **με ιδιώτη ΠΑΙΔΙΑΤΡΟ** , **με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για 35 ώρες την εβδομάδα, με πρωινή απασχόληση, αλλά όχι αποκλειστική, ως ακολούθως:**

Α/Α	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ
1	ΠΠΙ ΡΑΧΩΝ	ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ	1	(υπολειπόμενο διάστημα έως την συμπλήρωση του 12μηνου διαστήματος της εγκριθείσας από την Αναπληρώτρια Υπουργό Υγείας συνεργασίας)

Κριτήρια Επιλογής**1. ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΗΨΗ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ****Τυπικά προσόντα**

- Πτυχίο Ιατρικής Σχολής ημεδαπής ή αλλοδαπής νόμιμα αναγνωρισμένο.
- Άδεια άσκησης επαγγέλματος
- Τίτλο αντίστοιχης ιατρικής ειδικότητας (Παιδιατρικής)
- Θα συνεκτιμηθούν μεταπτυχιακοί τίτλοι σε συναφές αντικείμενο και η εργασιακή εμπειρία στην **Παιδιατρική**
- Βεβαίωση ιδιότητας μέλους Ιατρικού Συλλόγου (κατά την υπογραφή της σύμβασης όμως οφείλει να εγγραφεί στον Ιατρικό Σύλλογο **ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ**)

2. ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Ως εμπειρία της παραπάνω θέσης νοείται η αποδεδειγμένη απασχόληση με σχέση εργασίας ή σύμβαση έργου στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ή άσκηση επαγγέλματος σε καθήκοντα Ιατρού ΠΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ

Οι υποψήφιοι πρέπει να είναι:

1. Έλληνες πολίτες (Φωτοτυπία της ταυτότητας ή του διαβατηρίου από το οποίο θα προκύπτει ότι ο κάτοχος είναι Έλληνας υπήκοος ή υπήκοος χώρας μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
Οι σύζυγοι Ελλήνων υπηκόων ή υπηκόων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, θα υποβάλλουν φωτοαντίγραφο δελτίου μόνιμης διαμονής μέλους οικογένειας πολίτη της Ένωσης.
Οι υπήκοοι τρίτων χωρών θα υποβάλλουν φωτοαντίγραφο του δελτίου παραμονής επί μακρόν ή φωτοαντίγραφο μπλε κάρτας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή φωτοαντίγραφο δελτίου άδειας παραμονής ομογενούς ή φωτοαντίγραφο δελτίου παραμονής δεύτερης γενιάς.)
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 δημοσιοϋπαλληλική 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 **ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ**
7. Να έχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

Υποβολή αίτησης συμμετοχής

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

**5^Η Υ.ΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΠΕΡΙΟΧΗ ΜΕΖΟΥΡΛΟ ΤΚ 41110 ΛΑΡΙΣΑ**

με την ένδειξη «για την πρόσκληση ενδιαφέροντος για συνεργασία με ΠΑΙΔΙΑΤΡΟ για το ΠΠΙ ΡΑΧΩΝ»

έως την Πέμπτη 29/02/2024, όπως θα προκύπτει από την σφραγίδα του Ταχυδρομείου.

Εναλλακτικά μπορούν να υποβάλλουν την αίτηση τους στο email : **eprotocol@dypethessaly.gr** (σκαναρισμένο το σύνολο της αίτησης με τα δικαιολογητικά)

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

Με την αίτηση υποβάλλονται :

1. Αντίγραφο της αστυνομικής ταυτότητας
2. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα
3. Αντίγραφα τίτλων σπουδών (πτυχίο, μεταπτυχιακό κλπ)- εξειδίκευσης- απόδειξη εμπειρίας/βεβαιώσεις
4. Αντίγραφο άδειας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος
5. Άδεια τίτλου αντίστοιχης ειδικότητας
6. Σύντομο βιογραφικό
7. Φορολογική και Ασφαλιστική ενημερότητα.
8. Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο

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**
4. πιστοποιητικό εμβολιασμού (πλήρης εμβολιασμός)

Η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων είναι από **22/2/2024 έως και 29/2/2024.**

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
ΤΗΣ 5^{ΗΣ} ΥΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Υπουργείο Υγείας
Δ/νση Ανθρωπίνων Πόρων Ν.Π.
Τμήμα Ιατρών ΕΣΥ
2. Ιατρικός Σύλλογος Φθιώτιδας
3. Ιστοσελίδα υπηρεσίας
4. ΚΥ ΣΤΥΛΙΔΑΣ

ΦΩΤΗΣ ΣΕΡΕΤΗΣ