



ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

5η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ-ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»

ΤΜΗΜΑ : Προσωπικού -ΑΡΜΟΔΙΟΣ: Δ. Γεωργαλής

Τηλ. 2421351226-fax 2421036870

Email: dgeorgalis@ghv.gr

Α.Π. 6316/28-3-17

ΘΕΜΑ: Προκήρυξη θέσης κλάδου ιατρών ΕΣΥ.

ΑΠΟΦΑΣΗ-Π Ρ Ο Κ Η Ρ Υ Ξ Η

Έχοντας υπόψη :

1. Τις διατάξεις των Νόμων:

- Ν.3527/07 (ΦΕΚ 25/Α/09.02.07)
- Ν.3329/05 (ΦΕΚ 81/Α/04.04.05)
- Ν.3204/03 (ΦΕΚ 296/Α/23.12.03)
- Ν.1397/83 (ΦΕΚ 143/Α/07.10.83)
- Ν.2071/92 (ΦΕΚ 123/Α/15.07.92)
- Ν.2194/94 (ΦΕΚ 34/Α/16.03.94)
- Ν.2519/97 (ΦΕΚ 165/Α/21.08.97)
- Ν.2737/99 (ΦΕΚ 174/Α/27.08.99)
- Ν.2716/99 (ΦΕΚ 96/Α/17.05.99)
- Ν.2345/95 (ΦΕΚ 213/Α/12.10.95)
- Ν.2889/01 (ΦΕΚ 37/Α/02.03.01)
- Ν.2955/01 (ΦΕΚ 256/Α/02.11.01)
- Ν.3106/03 (ΦΕΚ 30/Α/10.02.03)
- Ν.3172/03 (ΦΕΚ 197/Α/06.08.03)
- Ν.3252/04 (ΦΕΚ 132/Α/16.07.04)
- Ν.3293/04 (ΦΕΚ 231/Α/26.11.04)
- Ν.3370/05 (ΦΕΚ 176/Α/11.07.05)
- Ν.3580/07 (ΦΕΚ 134/Α/18.06.07)
- Ν.3754/09 (ΦΕΚ 43/Α/11.03.09)
- Ν.3868/10 (ΦΕΚ 129/Α/03.08.2010)

2. Τις διατάξεις :

α) Του άρθρου 35 του Ν.4368/2016 (ΦΕΚ 21 Α΄) «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις».

β) Του Π.Δ. 63/2005 (ΦΕΚ 98 Α΄) «Κωδικοποίηση της νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα Κυβερνητικά όργανα», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

γ) Του Π.Δ/γματος 73/2015 (ΦΕΚ 116 Α΄) «Διορισμός Αντιπροέδρου της Κυβέρνησης, Υπουργών, Αναπλ/τών Υπουργών και Υφυπουργών».

3. Την υπ' αρ.Υ25/06.10.2015 (ΦΕΚ 2144 Β΄) απόφαση του Πρωθυπουργού «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Αναπληρωτή Υπουργό Υγείας Παύλο Πολάκη».

4. Την υπ'αρ. Α2α/Γ.Π.οικ.22211/22.03.2016 (ΦΕΚ 794 Β΄) Υπουργική Απόφαση «Διαδικασία και τρόπος Προκήρυξης θέσεων ιατρών Ε.Σ.Υ. και προθεσμία και τρόπος υποβολής δικαιολογητικών».
5. Την υπ'αρ.ΔΙΠΑΑΔ/Φ.ΕΓΚΡ./216/25868/22.12.2016 (Ορθή Επανάληψη) έγκριση θέσεων.
6. Τον οργανισμό του Νοσοκομείου (ΦΕΚ 1236/τ.Β΄/11.4.2012), όπως ισχύει.
7. Την αρ.Α2α/Γ.Π./οικ.19970/15-3-2017 Υπουργική Απόφαση με θέμα «Έγκριση για προκήρυξης θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου ΕΣΥ».
8. Το αρ. Φ6/8548/23-3-17 έγγραφο της 5^{ης} Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας.

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Την προκήρυξη για την πλήρωση των παρακάτω θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου ΕΣΥ επί τηθεία για το Γ.Ν.Βόλου «Αχιλλοπούλειο» ως εξής.

ΦΟΡΕΑΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ
Γ.Ν. ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ	ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ	1

Α. Για την παραπάνω θέση γίνονται δεκτοί ως υποψήφιοι όσοι έχουν:

- α. Ελληνική Ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από Κράτη Μέλη της Ε.Ε.
 - β. Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
 - γ. Τίτλο αντίστοιχης με την θέση ιατρικής ειδικότητας.
 - δ. Άσκηση ειδικότητας για τέσσερα (4) τουλάχιστον χρόνια και ηλικία μέχρι εξήντα (60) ετών.
- Ως ημερομηνία συμπλήρωσης του παραπάνω ορίου ηλικίας λογίζεται η 31η Δεκεμβρίου του έτους, εντός του οποίου ο υποψήφιος συμπληρώνει το απαιτούμενο για κάθε βαθμίδα όριο ηλικίας.

Β. Οι ενδιαφερόμενοι να υποβάλουν τα εξής δικαιολογητικά εις τριπλούν:

1. Αίτηση – δήλωση σε ειδικό έντυπο το οποίο βρίσκεται αναρτημένο στον ιστότοπο του Υπουργείου Υγείας (www.moh.gov.gr), στον ιστότοπο των Δ.Υ.Πε. και των Νοσοκομείων ή χορηγείται από το Νοσοκομείο. Η αίτηση – δήλωση συμπληρώνεται με ακρίβεια και σε όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνει. Αιτήσεις σε άλλο έντυπο ή αιτήσεις στις οποίες δεν έχουν συμπληρωθεί όλα τα απαιτούμενα στοιχεία, δεν γίνονται δεκτές.
2. Φωτοαντίγραφο πτυχίου. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται και φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης. Σε περίπτωση πτυχίων από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, απαιτείται φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου, φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ.
3. Φωτοαντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος.
4. Φωτοαντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας.
5. Βεβαίωση του οικείου Ιατρικού Συλλόγου στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης της.
6. Πιστοποιητικό γέννησης ή φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου όταν πρόκειται για πολίτη κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
7. Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής εκδοθείσα από την αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας.
8. 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 δυο (2) χρόνων από το διορισμό του ή σε αντίθετη περίπτωση ότι έχουν συμπληρωθεί πέντε (5) χρόνια από την ημερομηνία παραίτησής του και **γ)** ότι έχει συμπληρώσει δυο (2) χρόνια συνεχούς υπηρεσίας σε ομοιόβαθμη με την κρινόμενη θέση εάν είναι ήδη ιατρός του Ε.Σ.Υ.

9. Για τις θέσεις που θα προκηρυχθούν μέχρι 31-12-2017 σε θέση ειδικευμένου ιατρού κλάδου ΕΣΥ, 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.

10. Βιογραφικό σημείωμα στο οποίο να αναγράφονται περιληπτικά τα ουσιαστικά προσόντα του υποψήφιου και ιδιαίτερα εκείνα που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 8 του άρθρου 37 του Ν.2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α'). Εκτός από αυτά ο υποψήφιος μπορεί να συμπληρώσει το βιογραφικό σημείωμα με κάθε στοιχείο που κατά την κρίση του αποτελεί ουσιαστικό κριτήριο για την κρίση και αξιολόγηση του από το Συμβούλιο κρίσης.

11. Για την απόδειξη των ουσιαστικών προσόντων που αναφέρονται στο βιογραφικό σημείωμα, απαιτείται η υποβολή επίσημων πιστοποιητικών ή βεβαιώσεων.

12. Οι επιστημονικές εργασίες αναφέρονται στο βιογραφικό σημείωμα του υποψηφίου περιληπτικά. Ανάτυπα δημοσιευμένων επιστημονικών εργασιών και επιστημονικά περιοδικά στα οποία έχουν δημοσιευθεί τέτοιες εργασίες, υποβάλλονται κατά την κρίση του υποψηφίου. Επιστημονικές εργασίες γραμμένες σε ξένη γλώσσα πρέπει να υποβάλλονται και μεταφρασμένες στην ελληνική γλώσσα.

13. Οι πολίτες κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης πρέπει να υποβάλλουν βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας, η οποία χορηγείται μετά από εξετάσεις ενώπιον της αρμόδιας επιτροπής του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) κατά τα οριζόμενα στην Δ/10424/31-3-1993 (ΦΕΚ 263 Β') υπουργική απόφαση. Για τους ιατρούς που είναι απόφοιτοι Ελληνικού Πανεπιστημίου ή έχουν αποκτήσει τίτλο ειδικότητας στην Ελλάδα, δεν απαιτείται βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας.

14. Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητα 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.

Γ. Η Αίτηση – Δήλωση και όλα τα δικαιολογητικά υποβάλλονται στη Γραμματεία του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο» σε τρία (3) αντίγραφα, μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών, ήτοι από 31/3/2017 έως και 19/4/2017.

Αιτήσεις - δηλώσεις μαζί με τα δικαιολογητικά, μπορούν να υποβάλλονται και ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή ή με εταιρεία ταχυμεταφοράς, μέσα στην ορισθείσα προθεσμία, εις τριπλούν, στη Γραμματεία του Νοσοκομείου στη διεύθυνση «Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο», Πολυμέρη 134, ΤΚ 38222, Βόλος». Για τις αιτήσεις αυτές η ημερομηνία υποβολής προκύπτει είτε από τη σφραγίδα του ταχυδρομείου είτε από το αποδεικτικό παράδοσης στην εταιρεία ταχυμεταφοράς.

Αιτήσεις - δηλώσεις που υποβάλλονται μετά τη λήξη της προθεσμίας, δεν γίνονται δεκτές.

Κάθε υποψήφιος μπορεί να διεκδικήσει και να κριθεί για περισσότερες της μιας θέσης αλλά για κάθε θέση πρέπει να υποβάλλει ξεχωριστή αίτηση-δήλωση με όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά.

Από το Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του Νοσοκομείου, οι ενδιαφερόμενοι θα μπορούν να παίρνουν κάθε συμπληρωματική πληροφορία στο τηλέφωνο 2421351226.

Δ. Η απόφαση-προκήρυξη αναρτάται στην ΔΙΑΥΓΕΙΑ σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.3861/2010 (ΦΕΚ 112 Α΄) και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στη 5η Υ.ΠΕ. προκειμένου να αναρτηθεί στην ιστοσελίδα της.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

ΔΡΑΜΗΤΙΝΟΣ ΜΑΤΘΑΙΟΣ

Κοινοποίηση:

1. Υπουργείο Υγείας-Τμήμα ιατρών Ε.Σ.Υ
2. 5η Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας
3. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
4. Ιατρικό Σύλλογο Μαγνησίας

Εσωτ.Διανομή:

- Γρ. Διοικητή
- Δ.Ι.Υ.
- Δ/ντή Παθολογικού Τομέα
- Ε.Σ.
- Τμήμα Προσωπικού