Ministry of Digital Governance
Digitally signed by Ministry of Digital Governance
Date: 2026.10.30 12:30:10 EET
Reason:
Location: Athens

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
Ταχ. Δ/νση: Περιοχή Μεζούρλο, 41110, Λάρισα
Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού
Πληροφορίες: Σχώρη Δήμητρα, Χολέβα Μαρία
Τηλ.: 2413 500832, 875

Λάρισα 30/10/2026
Αριθ. Πρωτ. 97113

3η ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΕΝΟΣ ΙΑΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟ Κ.Υ. ΣΚΙΑΘΟΥ ΜΕ ΔΕΛΤΙΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΗΣ 5ΗΣ ΥΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Έχοντας υπόψη:
Τις διατάξεις:

1. του ν.4622/2019 «επιτελικό κράτος : οργάνωση , λειτουργία, διαφάνεια της Κυβέρνησης, των Κυβερνητικών οργάνων και της Κεντρικής Δημόσιας Διοίκησης (Α'133)
   του Π.Δ. 83/2019 ΦΕΚ 121Α «Διορισμός Αντιπροέδρου της Κυβέρνησης, Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών & Υφυπουργών»
   του ΠΔ 121/2017 «Οργανισμός του ΥΥ» Α'148, όπως ισχύει
   της παρ 4 του άρθρου 9 πδ
   Της παρ. 4 του άρθρου 9 του π.δ. 80/2016 «Ανάληψη υποχρεώσεων από τους διατάκτες» (Α΄ 145).
   Του άρθρου 90 του «Κώδικα της Νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα κυβερνητικά όργανα», όπως κυρώθηκε με το άρθρο πρώτο του π.δ. 63/2005 (Α΄ 98) και διατηρήθηκε σε ισχύ με την παρ. 22 του άρθρου 119 του ν. 4622/2019 (Α΄ 133).
2. τις διατάξεις του άρθρου 41 του Ν.4058/2012 (ΦΕΚ 63/Α/2012) όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 44 του νόμου 4486/2017(Α΄115) εν συνεχεία τροποποιήθηκε με το άρθρο 47 του ν.4633/2019(ΦΕΚ 161 τ.Α'), το άρθρο 104 του ν. 5034/2023 (ΦΕΚ 69 / Α'), με το άρθρο 5 του Ν.5046/29-7-2023(ΦΕΚ 137 Α΄) και με το άρθρο 27 του ν.5012/2024 (ΦΕΚ 55/Α) και το άρθρο 34 του ν.5161/2024(Α΄196/29.11.2024) και ισχύει.
3. Το γεγονός ότι δεν υπάρχει ιατρός ειδικότητας **ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ** στον κατάλογο των επικουρικών ιατρών με προτίμηση στο **Κ.Υ. ΣΚΙΑΘΟΥ**.
4. Το αρ. πρωτ 94485/03-11-2025 αίτημα της 5ης Υγειονομικής Περιφέρειας με την αρ.πρωτ. 94452/03.11.2025 Απόφαση Διοικητή της 5ης Υ.ΠΕ.
5. Την αρ. 93738/31-10-2025 βεβαίωση δέσμευσης πίστωσης.
6. Την αριθμ. πρωτ. **Γ4β/49772/01.12.2025** Απόφαση της Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας με θέμα: «Έγκριση συνεργασίας του ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΣΚΙΑΘΟΥ με έναν (1) ιατρό ειδικότητας ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών»
7. Τις αρ. πρωτ. 107343/08.12.2025 και 3413/14.01.2026 Προσκλήσεις Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος.
8. Το γεγονός ότι δεν κατατέθηκαν αιτήσεις και η θέση παραμένει άγονη.

Η 5Η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας για την κάλυψη των αναγκών σε ιατρικό προσωπικό του **Κ.Υ. ΣΚΙΑΘΟΥ,** ενδιαφέρεται για συνεργασία με έναν (1) ιατρό ειδικότητας **ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ** με καθεστώς έκδοσης, από αυτόν, δελτίου απόδειξης

παροχής υπηρεσιών, για **χρονικό διάστημα 12 μηνών, με πλήρη αλλά όχι αποκλειστική απασχόληση.**

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
- Θα συνεκτιμηθούν μεταπτυχιακοί τίτλοι σε συναφές αντικείμενο και η εργασιακή εμπειρία στην **ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ**
- Βεβαίωση ιδιότητας μέλους Ιατρικού Συλλόγου (κατά την υπογραφή της σύμβασης όμως οφείλει να εγγραφεί στον Ιατρικό Σύλλογο **ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ**)

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 ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ**

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 **ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ**.
7. Να έχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

Διαδικασία Αξιολόγησης

Οι υποψηφιότητες θα αξιολογηθούν από τριμελή επιτροπή αξιολόγησης, η οποία θα συγκροτηθεί στην περίπτωση εκδήλωσης ενδιαφέροντος. Υποβληθείσα αίτηση η οποία δεν πληροί τις προϋποθέσεις υποβολής και όλα τα απαιτούμενα για τη θέση δικαιολογητικά και προσόντα δεν βαθμολογείται και απορρίπτεται.

Υποβολή αίτησης συμμετοχής

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

5Η ΥΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΛΛΑΔΑΣ
ΠΕΡΙΟΧΗ ΜΕΖΟΥΡΛΟ 41110 ΛΑΡΙΣΑ
με την ένδειξη **«για την πρόσκληση ενδιαφέροντος για συνεργασία του Κ.Υ. ΣΚΙΑΘΟΥ με ιατρό ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ»**
έως την Δευτέρα 16/11/2026, όπως θα προκύπτει από την σφραγίδα του Ταχυδρομείου

Εναλλακτικά μπορούν να υποβάλλουν την αίτηση τους στο e-mail : **eprotocol@dypethessaly.gr**

(σκαναρισμένο το σύνολο της αίτησης με τα δικαιολογητικά)
Αιτήσεις που θα υποβληθούν μετά την ανωτέρω ημερομηνία δεν θα ληφθούν υπόψη.

Οι ενδιαφερόμενοι, μαζί με την αίτηση τους, πρέπει να υποβάλλουν:

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 Σημείωμα
7. Φορολογική και Ασφαλιστική ενημερότητα.
8. Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο

Με την σύναψη συνεργασίας 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 **ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ**

Η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων είναι από 02/11/2026 έως και 16/11/2026.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Υπουργείο Υγείας
Δ/νση Ανθρωπίνων Πόρων Ν.Π.
Τμήμα Ιατρών ΕΣΥ
2. Ιατρικός Σύλλογος
3. Ιστοσελίδα υπηρεσίας
4. Κ.Υ. ΣΚΙΑΘΟΥ

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
ΤΗΣ 5ης ΥΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ
ΕΛΛΑΔΑΣ

ΦΩΤΗΣ ΣΕΡΕΤΗΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ	**ΠΡΟΣ** ΑΔΑ: 6Δ6Ρ469Η2Γ-ΝΡ1
	5Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΟΝΟΜΑ	Παρακαλώ να εξετάσετε την αίτησή μου για τη θέση του **ΙΑΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ** για το **Κ.Υ. ΣΚΙΑΘΟΥ** κατόπιν της υπ αριθμ. ……../…..-….-202…… πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος της 5ης Υ.ΠΕ Ημερομηνία ……. Ο/Η Αιτών/ούσα (υπογραφή)
ΕΠΙΘΕΤΟ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	
ΚΑΤΟΙΚΟΣ	
ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘΜΟΣ	
ΤΚ	
Α.Δ. Ταυτότητας	
ΤΗΛ	
ΚΙΝ. ΤΗΛ.	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:	
Συνημμένα δικαιολογητικά: 1……. 2……. 3……. 4…….	