



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
3^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ)
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΛΩΡΙΝΑΣ
«ΕΛΕΝΗ Θ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ»

ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΟΙΚΗΤΗ
Εγνατίας 9
53100 ΦΛΩΡΙΝΑ
Τηλ. 2385025144
Fax. 2385022175

Φλώρινα: 21.07.2017

Αρ. Πρωτ.: 3873

ΑΠΟΦΑΣΗ - ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ
ΠΛΗΡΩΣΗΣ ΘΕΣΕΩΝ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΙΑΤΡΩΝ ΕΣΥ

έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 1397/83 (ΦΕΚ 143/Α/7.10.1983), Εθνικό Σύστημα Υγείας
2. Τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 69 του Ν.2071/1992(ΦΕΚ123Α') «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας» όπως αντικαταστάθηκαν με τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 35του Ν.4368/2016 (ΦΕΚ 21 Α) «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις».
3. Τις διατάξεις της παρ. 2^α του άρθρου 35 του Ν.4368/2016 (ΦΕΚ 21 Α)
4. Τις διατάξεις της παρ. 10 του άρθρου 69του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ123Α) «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας»
5. Την αρ.Α2α/Γ.Π.οικ.22211/22-3-2016 (ΦΕΚ 794 Β) Υπουργική Απόφαση «Διαδικασία και τρόπος προκήρυξης θέσεων ιατρών Ε.Σ.Υ. και προθεσμία και τρόπος υποβολής δικαιολογητικών».
6. Την αρ.Α2α/Γ.Π./οικ.54420/12-7-2017 Υπουργική Απόφαση «Έγκριση για προκήρυξη θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ»
7. Το αρ.Δ3α/25580/20-7-2017 έγγραφο της 3^{ης} ΥΠΕ Μακεδονίας «Σχετικά με την έγκριση για προκήρυξη θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου ΕΣΥ»
8. Τις διατάξεις του Οργανισμού του Νοσοκομείου μας

ΠΡΟΚΗΡΥΣΣΟΥΜΕ

Την πλήρωση της παρακάτω επί θητεία θέση ειδικευμένου ιατρού του κλάδου Ε.Σ.Υ. του Νοσοκομείου μας ως εξής:

Α/Α/	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ
1	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ Β	1

Απαιτούμενα δικαιολογητικά

1. Τα δικαιολογητικά που υποχρεούνται να υποβάλλουν οι υποψήφιοι για κάθε θέση είναι τα εξής:
2. Αίτηση-δήλωση σε ειδικό έντυπο το οποίο βρίσκεται αναρτημένο στον ιστότοπο των Δ.Υ.ΠΕ και των Νοσοκομείων ή χορηγείται από την υπηρεσία στην οποία υποβάλλονται τα δικαιολογητικά. 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.
3. 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.
4. Φωτοαντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος.
5. Φωτοαντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας.
6. 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.
7. Πιστοποιητικό γέννησης ή φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου όταν πρόκειται για πολίτη κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
8. Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής, όπου είναι απαραίτητη.
9. Υπεύθυνη δήλωση του υποψηφίου για διορισμό ιατρού, στην οποία να αναφέρονται τα εξής:
 - α) ότι δεν έχει αρνηθεί διορισμό σε θέση 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.
 - γ) ότι έχει συμπληρώσει δυο (2) χρόνια συνεχούς υπηρεσίας σε ομοιόβαθμη με την κρινόμενη θέση εάν είναι ήδη ιατρός του Ε.Σ.Υ.

10. Για τις θέσεις που θα προκηρυχθούν μέχρι 31-12-2017, υπεύθυνη δήλωση του υποψηφίου 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 την λήξη της προθεσμίας υποβολής δικαιολογητικών της εκάστοτε προκήρυξης.
11. Βιογραφικό σημείωμα στο οποίο να αναγράφονται περιληπτικά τα ουσιαστικά προσόντα του υποψηφίου 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.
12. Για την απόδειξη των ουσιαστικών προσόντων που αναφέρονται στο βιογραφικό σημείωμα, απαιτείται η υποβολή επίσημων πιστοποιητικών ή βεβαιώσεων.
13. Οι επιστημονικές εργασίες αναφέρονται στο βιογραφικό σημείωμα του υποψηφίου περιληπτικά. Ανάπτυκα δημοσιευμένων επιστημονικών εργασιών και επιστημονικά περιοδικά στα οποία έχουν δημοσιευτεί τέτοιες εργασίες, υποβάλλονται κατά την κρίση του υποψηφίου. Επιστημονικές εργασίες γραμμένες σε ξένη γλώσσα πρέπει να υποβάλλονται κατά την κρίση του υποψηφίου.
14. 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.ΣΥ) κατά τα οριζόμενα στην Δ/10424/31-3-1993(ΦΕΚ 263 Β')υπουργική απόφαση.
15. Ειδικές προϋποθέσεις ή κωλύματα που αναφέρονται ρητά στην προκήρυξη αποδεικνύονται με την κατάθεση σχετικών πιστοποιητικών, βεβαιώσεων ή υπεύθυνων δηλώσεων όπως περιγράφονται στην προκήρυξη.
 - α) Για τους γιατρούς που είναι απόφοιτοι Ελληνικού Πανεπιστημίου ή έχουν αποκτήσει τίτλο ειδικότητας στην Ελλάδα δεν απαιτείται βεβαίωση γνώσης της Ελληνικής γλώσσας.
 - β) 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.

Η αίτηση-δήλωση με όλα τα δικαιολογητικά, υποβάλλεται στο τμήμα γραμματείας του Νοσοκομείου μας **εις τριπλούν** , εντός της αποκλειστικής προθεσμίας 20 (είκοσι) ημερών ήτοι από **25-07-2017 έως και 14-08-2017**. Αιτήσεις-δηλώσεις που υποβάλλονται μετά την λήξη της προθεσμίας δεν γίνονται δεκτές. Αιτήσεις –δηλώσεις μαζί με τα δικαιολογητικά, μπορούν να υποβάλλονται και ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή ή με εταιρεία ταχυμεταφοράς, μέσα στην ορισθείσα προθεσμία στην διεύθυνση Εγνατίας 9 Τ.Κ. 53100 Φλώρινα Για τις αιτήσεις αυτές η ημερομηνία υποβολής προκύπτει είτε από την σφραγίδα του ταχυδρομείου είτε από το αποδεικτικό παράδοσης στην εταιρεία ταχυμεταφοράς.

Για περισσότερες πληροφορίες οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στους υπαλλήλους του τμήματος Γραμματείας του Νοσοκομείου μας Πολατίδου Ελευθερία και Μοναχού Όλγα στο τηλ. 2385350262.

Η παρούσα προκήρυξη δημοσιεύεται στη Διαύγεια και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, στον Ιατρικό Σύλλογο Φλώρινας και στην 3η ΥΠΕ Μακεδονίας για δικές της ενέργειες και δημοσίευση.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
α.α.

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΩΤΑΚΙΔΗΣ