Ministry of Digital Governance
Digitally signed by Ministry of Digital Governance
Date: 2024.02.23 12:31:21 EET
Reason:
Location: Athens

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6Η Υ.Π.Ε. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΗΠΕΙΡΟΥ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ & ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΤΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

ΆΡΤΑ 23-2-2024
ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ.: 6122

Πληροφορίες : **ΝΤΟΥΛΑΣ Γ.**
Τηλέφωνο : 2681361148
E-mail : **ntoulasg@gnartas.gr**
Διεύθυνση : Λόφος Περάνθης
47 100 - ΑΡΤΑ

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν. ΑΡΤΑΣ ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΕΝΟΣ (1) ΕΤΟΥΣ

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΡΤΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α/4-4-2005) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε από τον Ν3370/2005 και τον Ν3527/2007.

2. Την με αρ. Υ4α/38904/15-11-2012 (ΦΕΚ 3285/Β/10-12-2012) απόφαση «Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας».

3. Τις διατάξεις της παρ.1 του άρθρου 41 του Ν4058/2012 (ΦΕΚ63/Α/2012) όπως αντικαταστάθηκε από τις διατάξεις του άρθρου 44 του Ν4486/2017 (ΦΕΚ115/Α/7-8-2017).

4. Τις διατάξεις του άρθρου 41 του ν. 4058/2012, του ν. 4622/2019 και του άρθρου 104 του ν. 5034/2023.

5. Την με αριθ. Γ4β/62770 (ΦΕΚ 1132/6-12-2022 (τ.Υ.Ο.Δ.Δ.) Απόφαση του Υπουργού Υγείας όπως τροποποιήθηκε με την αριθ. Γ4β/οικ.15425/13-3-2023 απόφαση του Υπουργού Υγείας και της Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας με την οποία διορίστηκε ο Διοικητής του Γ.Ν. ΆΡΤΑΣ, αρμοδιότητας της 6ης ΥΠΕ.

6. Την υπ΄ αριθ. Γ4β/4076/22-2-2024 απόφαση του Υφυπουργού Υγείας με θέμα «Έγκριση συνεργασίας του ΓΝ Άρτας με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών.

7. Τις επιτακτικές υπηρεσιακές ανάγκες για την ομαλή λειτουργία της Ορθοπεδικής Κλινικής του Νοσοκομείου.

8. Την αριθ. πρωτ. 813/10-1-2024 Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης του Γ.Ν. Άρτας.

ΚΑΛΕΙ

Ειδικευμένο ιατρό Ορθοπεδικής για να συνεργαστεί με το Γ.Ν. Άρτας υπό το καθεστώς έκδοσης από αυτόν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για την κάλυψη των αυξημένων αναγκών του εν λόγω φορέα σε ιατρικό προσωπικό, για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους.

α/α	ΦΟΡΕΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
1	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΤΑΣ	1	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ	1 έτος

Θέση – Καθήκοντα :

Ο ιατρός θα παρέχει υπηρεσίες του στο Γ.Ν. Άρτας μία (1) ημέρα την εβδομάδα με πρωινό τακτικό ωράριο 8:00 με 15:00 και μέχρι έξι (6) ενεργείς εφημερίες το μήνα, για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους.

Αμοιβή:

Η αμοιβή των παρεχόμενων υπηρεσιών του ειδικευμένου ιατρού Ορθοπεδικής, έχει προσδιορισθεί με βάση τις αποδοχές ενός ειδικευμένου ιατρού με το βαθμό του Διευθυντή κλάδου ΕΣΥ.

Για την κατάληψη της ανωτέρω θέσης απαιτείται οι υποψήφιες /οι:

α) Να έχουν την Ελληνική Ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από Κράτη Μέλη της Ε.Ε.

β) Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλόλητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης.

γ) Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την ιδιότητα των δημοσίων υπαλλήλων.

δ) Οι άντρες μέχρι τη λήξη της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων, να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νομίμως απαλλαγεί από αυτές και να μην είναι ανυπότακτοι ή να μην έχουν καταδικαστεί για λιποταξία με τελεσίδικη απόφαση.

ε) Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών. Οι τίτλοι που έχουν αποκτηθεί σύμφωνα με το π.δ. 415/1994 (ΦΕΚ Α΄236/1994) και τις τροποποιήσεις αυτού είναι ισότιμοι και ισοδύναμοι με τους τίτλους που είναι σύμφωνοι με την υπ΄ αριθ. Γ5α/Γ.Π.οικ.64843/29-8-2018 (ΦΕΚ Β΄4138/2018) υπουργική απόφαση.

Στ) Να κατέχουν άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος

ζ) Να κατέχουν τίτλο αντίστοιχης με τη θέση ιατρικής ειδικότητας.

η) Εφόσον επιλεχθούν να προσκομίσουν βεβαίωση έναρξης από την Δ.Ο.Υ της επαγγελματικής τους έδρας ως επιτηδευματίες.

Απαραίτητα δικαιολογητικά:

1. Αίτηση- δήλωση
2. Υπεύθυνη Δήλωση του ν.1599/1986 στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
3. Αντίγραφο αστυνομικού δελτίου ταυτότητας
4. Αντίγραφο πτυχίου. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται το πτυχίο με τη σφραγίδα της Χάγης, η επίσημη μετάφρασή του και η απόφαση ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ, όπου απαιτείται. Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραιτήτως 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. Σε κάθε περίπτωση και σύμφωνα με τα οριζόμενα στις υπ΄ αριθμ. ΔΙΣΚΠΟ/Φ.15/οικ.8342/01.04.2014 (ΑΔΑ:ΒΙΗ0Χ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/Φ Α.2.3/21119/01.09.2014 (ΑΔΑ:ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίους του Υπουργείου Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή φωτοαντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση να φαίνεται ότι τα έγγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί πρωτίστως από δικηγόρο.
5. Αντίγραφο απόφασης άδειας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος
6. Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ιατρικής ειδικότητας.
7. Αντίγραφο απόφασης Ιατρικού Συλλόγου στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.
8. Πιστοποιητικά υγείας από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο.
9. Φορολογική ενημερότητα.
10. Ασφαλιστική ενημερότητα.
11. Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα.

Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής:

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής η οποία επέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά είτε αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή ή μέσω gov, είτε με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο στην ηλεκτρονική διεύθυνση : **gna@gnartas,gr,** είτε ταχυδρομικά με απόδειξη στη Διεύθυνση:
Γενικό Νοσοκομείο Άρτας,
Λόφος Περάνθης 47100 Άρτα
με την ένδειξη «Για την πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιατρό ειδικότητας Ορθοπεδικής» .

Όσοι ιατροί ενδιαφέρονται για την θέση, πρέπει να υποβάλλουν αίτηση μέσα σε αποκλειστική προθεσμία πέντε (5) ημερών **από 23-2-2024 έως και 27-2-2024**.

Ως ημερομηνία κατάθεσης σε περίπτωση αποστολής των αιτήσεων ταχυδρομικώς, λογίζεται η ημερομηνία αποστολής του φακέλου, η οποία αποδεικνύεται από τη σφραγίδα ταχυδρομείου ή με αποδεικτικό της εταιρείας ταχυμεταφοράς, ο οποίος φάκελος μετά την αποσφράγισή του επισυνάπτεται στην αίτηση του υποψηφίου.

Αιτήσεις που θα υποβληθούν εκπρόθεσμα δεν θα ληφθούν υπόψη.

Η παρούσα Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ και στην ηλεκτρονική Διεύθυνση του Νοσοκομείου μας. Επίσης αποστέλλεται ηλεκτρονικά στην 6η ΥΠΕ και κοινοποιείται στον Ιατρικό Σύλλογο Άρτας.

Ο ενδιαφερόμενος επιλεγμένος ιατρός θα υπογράψει σχετική σύμβαση παροχής υπηρεσιών με το Νοσοκομείο μας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΓΝ ΑΡΤΑΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΙΝΤΕΛΕΣ

Κοινοποίηση
- Διοικητή
- Δ/νση Ιατρικής Υπηρεσίας
- Δ/ντη Ορθοπεδικού τμήματος
- Ιατρικό Σύλλογο Άρτας
- 6η ΥΠΕ