

ΑΠΟΦΑΣΗ

Προκήρυξης θέσεων κλάδου γιατρών ΕΣΥ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των Νόμων 1397/83, 1759/88, 1965/91, 2071/92, 2072/92, 2194/94, 2345/95, 2519/97, 2737/99, 2889/01, 2955/01, 3106/03, 3204/03, 3329/05, 3527/07, 3580/07, 3754/09, 3868/10 και 3896/10.
2. Την αριθμ. ΔΥ1γ/οικ. 41255/92/12-2-93 απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων όπως τροποποιήθηκε με τις αριθμ. ΔΥ1γ/οικ. 23338/10-5-93 και αριθμ. ΔΥ13α/οικ. 29804/15-9-97 και αριθμ. Α9α/οικ.34632/13-10-99 όμοιες.
3. Τις αριθμ. 1810/21-12-2010, 149/25-1-2011 και 254/7-2-2011 αποφάσεις του Διοικητή της Διοίκησης 6<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου –Ιονίων Νήσων- Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας « Έγκριση προκήρυξης θέσεων κλάδου γιατρών του ΕΣΥ» .
4. Την αριθμ. 3205/9-2-2011 απόφαση του Διοικητή του Νοσοκομείου.

**Αποφασίζουμε**

1. Προκηρύσσουμε για πλήρωση τις πιο κάτω θέσεις ειδικευμένων γιατρών του ΕΣΥ, επί θητεία, ως εξής:

**Μια (1) θέση ειδικευμένου ιατρού ειδικότητας Παθολογίας στον εισαγωγικό βαθμό ΕΒ**

**Μια (1) θέση ειδικευμένου ιατρού ειδικότητας Γεν. Ιατρικής ή Παθολογίας στον εισαγωγικό βαθμό ΕΒ για το ΚΥ Δελβινακίου**

**Μια (1) θέση ειδικευμένου ιατρού ειδικότητας Οδοντιατρικής στον εισαγωγικό βαθμό ΕΒ για το ΚΥ Δελβινακίου**

2. Για την κατάληψη των ανωτέρω θέσεων που προκηρύσσονται 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 τη θέση ιατρικής Ειδικότητας.

**δ.** Ηλικία που να μην υπερβαίνει το 45<sup>ο</sup> έτος

**ε.** Για την θέση Οδοντιατρικής, άδεια άσκησης ιατρικού Επαγγέλματος για πέντε (5) τουλάχιστον χρόνια.

**στ.** Ουδείς υποβάλλει υποψηφιότητα για θέση κλάδου γιατρών ΕΣΥ σε Νοσ/μείο αν δεν έχει εκπληρώσει την υπηρεσία υπαίθρου που ορίζει το Ν.Δ. 67/68 ή δεν έχει νόμιμη απαλλαγή.

3. Οι ενδιαφερόμενοι για την θέση υποχρεούνται να υποβάλλουν τα εξής δικαιολογητικά εις **τριπλούν** :

**α.** Αίτηση -Δήλωση σε ειδικό έντυπο που χορηγείται από τις αρμόδιες υπηρεσίες.

Στην Αίτηση -Δήλωση συμπληρώνονται με ευθύνη του υποψηφίου με ακρίβεια όλα τα στοιχεία που ζητούνται σ' αυτό. Αιτήσεις σε άλλο έντυπο δεν γίνονται δεκτές.

**β.** Αντίγραφο πτυχίου.

**γ.** Αντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος

**δ.** Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας

**ε.** Βεβαίωση του οικείου Ιατρικού Συλλόγου που να φαίνεται :

- Ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού Επαγγέλματος.

- Η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.

**στ.** Πιστοποιητικό γέννησης.

**ζ.** Βιογραφικό σημείωμα στο οποίο αναγράφονται περιληπτικά τα προσόντα και ιδιαίτερα εκείνα που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 8 του άρθρου 37 του Νόμου 2519/97 δηλαδή:

- Ιατρική προϋπηρεσία
- Εμπειρία
- Επιστημονικό έργο.
- Εκπαιδευτικό έργο.

Πέραν από αυτό ο υποψήφιος συμπληρώνει το βιογραφικό σημείωμα με κάθε στοιχείο που κατά την κρίση του αποτελεί ουσιαστικό κριτήριο για την κρίση και αξιολόγηση του από το Συμβούλιο Κρίσης.

Οι επιστημονικές εργασίες αναφέρονται στο Βιογραφικό σημείωμα περιληπτικά, ανάτυπα δημοσιευμένων Επιστημονικών Εργασιών και Επιστημονικά περιοδικά στα οποία έχουν δημοσιευθεί τέτοιες εργασίες υποβάλλονται κατά την κρίση του υποψηφίου.

Ο εισηγητής στο Συμβούλιο Κρίσης ή το ίδιο Συμβούλιο Κρίσης μπορεί να ζητήσει από τον κρινόμενο υποψήφιο να του προσκομίσει οποιαδήποτε εργασία αναφέρει ο υποψήφιος στο Βιογραφικό του σημείωμα.

**η.** Βεβαίωση εκπλήρωσης της υπηρεσίας υπαίθρου ή νόμιμης απαλλαγής η οποία εκδίδεται από την αρμόδια Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοιν. Αλληλεγγύης.

**θ.** Υπεύθυνη δήλωση του υποψηφίου για διορισμό γιατρό στην οποία θα αναφέρονται:

**α)** Ότι δεν έχει αρνηθεί διορισμό σε θέση του κλάδου γιατρών ΕΣΥ ή σε αντίθετη περίπτωση ότι έχουν συμπληρωθεί δύο (2) χρόνια από την παρέλευση της προθεσμίας ανάληψης υπηρεσίας και

**β)** Ότι δεν έχει παραιτηθεί από θέση κλάδου γιατρών ΕΣΥ πριν από την συμπλήρωση ενός (1) χρόνου από το διορισμό του ή σε αντίθετη περίπτωση ότι έχουν συμπληρωθεί δύο (2) χρόνια από την ημερομηνία παραίτησής του.

**ι.** Για την απόδειξη των ουσιαστικών προσόντων υποβάλλονται επίσημα πιστοποιητικά ή βεβαιώσεις. Πιστοποιητικά ή βεβαιώσεις από ξένη χώρα πρέπει να είναι κυρωμένα από την οικεία Προξενική αρχή της Ελλάδας και επίσημα μεταφρασμένα.

**5.** Η αίτηση-δήλωση με όλα τα δικαιολογητικά πρέπει να υποβληθεί μέσα σε προθεσμία **είκοσι δυο (22) ημερών** που αρχίζει την **21-3-2011** και λήγει την **11-4-2011**.

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

Οι αιτήσεις-δηλώσεις με τα δικαιολογητικά υποβάλλονται στο Νοσοκομείο μας,.

Αιτήσεις-δηλώσεις με τα δικαιολογητικά μπορούν να υποβληθούν και ταχυδρομικά στο Νοσοκομείο σε συστημένο δέμα, μέσα στην καθορισμένη ημερομηνία.

Περισσότερες πληροφορίες μπορούν οι ενδιαφερόμενοι να πάρουν από το Τμήμα Προσωπικού του Νοσοκομείου (τηλ. 2651 0 80601).

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣ/ΜΕΙΟΥ**

**Θ. ΜΕΣΣΗΝΗΣ**