

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΕΠΕΙΓΟΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
1η Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
Ταχ. Δ/ση: Νουφάρων και Τιμίου Σταυρού 14
Ταχ. Κώδικας: 14564, Καλυφτάκι, Νέα Κηφισιά
Πληροφορίες: Μαρία Παπάρα
Τηλ: 2103501521
E-mail: dept.humanres@gonkhosp.gr

ΘΕΜΑ: ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΓΟΝΚ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ» ΜΕ ΕΝΑΝ (1) ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ, ΓΙΑ ΠΛΗΡΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΗΦΙΣΙΑΣ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του **N. 3329/2005** (ΦΕΚ 81/τ. Α΄/04-04-2005) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».
2. Τις διατάξεις της παραγράφου **1** του άρθρου **41** του **N. 4058/2012**, όπως αυτές τροποποιήθηκαν και ισχύουν με τις διατάξεις του άρθρου **39** του **N. 5111/2024 (ΦΕΚ 76/Α΄/25.5.2024)** «1. Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., το Ν.Ι.Μ.Τ.Σ., ο Ε.Ο.Δ.Υ., ο Ο.ΚΑ.ΝΑ., το Κ.Ε.Θ.Ε.Α., η Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε., το Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε., η Ε.Κ.Α.Π.Τ.Υ. Α.Ε. ο Ε.Ο.Φ., η Ι.Φ.Ε.Τ. ΜΑΕ, το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.), το «Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας» και ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ., με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου τους, και τα στρατιωτικά νοσοκομεία, με απόφαση του Διοικητή τους, καθώς και τα Κέντρα Υγείας νησιωτικών, ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών ή των περιοχών όπου έχουν εξαντληθεί οι υποψήφιοι επικουρικοί ιατροί από τους αντίστοιχους ηλεκτρονικούς καταλόγους των Υ.ΠΕ., με απόφαση του Διοικητή της αρμόδιας Υ.ΠΕ., δύνανται για την κάλυψη των αναγκών τους σε προσωπικό και για την προσήκουσα λειτουργία τους, εφόσον δεν επαρκεί το προσωπικό τους, να συνεργάζονται με ιατρούς κάθε ειδικότητας, οδοντιάτρους, ακτινοφυσικούς, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, κοινωνιολόγους, νοσηλευτές, ΤΕ Ραδιολογίας Ακτινολογίας, ΔΕ Χειριστών Εμφανιστών, ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων, ΔΕ Βοηθών Ιατρικών και Βιολογικών εργαστηρίων, ΔΕ Τεχνικών (Ηλεκτρολόγων, Υδραυλικών Θερμοϋδραυλικών), ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας, ΤΕ Διοικητικού Λογιστικού, ΠΕ Φαρμακοποιών, ΔΕ Βοηθών Φαρμακοποιών, ΔΕ Πληρωμάτων Ασθενοφόρων, ΔΕ Οδηγών, ΔΕ Μηχανοτεχνιτών Οχημάτων, ΠΕ Θετικών Επιστημών, ΠΕ Μηχανικών και ΠΕ Βιολόγων και ειδικούς θεραπευτές πρώην εξαρτημένους, οι οποίοι έχουν ολοκληρώσει με επιτυχία θεραπευτικό πρόγραμμα των εγκεκριμένων Οργανισμών ή Φορέων

του ν. 4139/2013 (Α' 74), με καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους. Η συνεργασία με τους ανωτέρω πραγματοποιείται κατά παρέκκλιση του άρθρου 6 του ν. 2527/1997 (Α' 206), καθώς και της περ. α' της παρ. 20 του ένατου άρθρου του ν. 4057/2012 (Α' 54), **μετά από πλήρως αιτιολογημένη έκθεση του φορέα και απόφαση του Υπουργού Υγείας ή του Υπουργού Εθνικής Άμυνας, αντίστοιχα** »

3. Την αριθ. Γ4β/Γ.Π.οικ.91557/30-12-2019 απόφαση του Υπουργού Υγείας σχετικά με Διορισμό Διοικητή στο Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ», αρμοδιότητας 1ης ΥΠΕ Αττικής, που δημοσιεύτηκε στο αριθ. ΦΕΚ 1114/τ. Υ.Ο.Δ.Δ./31-12-2019 και την υπ. αριθ. Γ4β/Γ.Π.οικ.6569/31-1-2023 απόφαση του Υπουργού Υγείας για παράταση της θητείας του (ΦΕΚ 88/ τ. ΥΟΔΔ/2023).
4. Το αριθμ. 16801/3-10-2024 έγγραφο του Συντονιστή Διευθυντή του Ακτινοδιαστικού Τμήματος για την πρόσληψη ενός (1) ακόμη Ιδιώτη Ιατρού Ακτινολόγου, για την ενίσχυση του τμήματος Μαστού -Υπερήχων και Επεμβατικής Ακτινολογίας, ο οποίος θα έχει τη δυνατότητα να συμμετέχει στο εφημεριακό πρόγραμμα του Νοσοκομείου.
5. Την έγκριση του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας επί του σχετ.(4).
6. Το απόσπασμα πρακτικών της 33^{ης}/θ. 15^ο/01-11-2024 (ΑΔΑ : 6ΖΖ9469ΗΔΖ-ΡΗΒ) συνεδρίασης του Δ.Σ το οποίο τροποποιήθηκε σύμφωνα με το απόσπασμα πρακτικών της 19^{ης}/θ. 11^ο/14-06-2024 συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας σύμφωνα με το οποίο εγκρίθηκε η πρόσληψη ενός Ιδιώτη Ιατρού ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για την ενίσχυση του τμήματος Μαστού - Υπερήχων και Επεμβατικής Ακτινολογίας του Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος του Νοσοκομείου μας κατόπιν των σχετ. (4&5), για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 41 του Ν.4058/2012 (63/Α').
7. Την αριθμ. 19309/15-11-2024 Βεβαίωσης Δέσμευσης Πίστωσης.
8. Τα αριθμ. πρωτ. 19416/18-11-2024 έγγραφό μας προς την Διοίκηση της 1^{ης} ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ για την πρόσληψη ενός (1) Ειδικευμένου Ιατρού Ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής, για την ενίσχυση του τμήματος Μαστού – Υπερήχων και Επεμβατικής Ακτινολογίας του Ακτινοδιαγνωστικού τμήματος του νοσοκομείου, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών .
9. Το αριθμ. πρωτ. 47931/25-11-2024 έγγραφο της 1^{ης} ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ προς το Υπουργείο Υγείας για τη διαβίβαση του αιτήματος του ΓΟΝΚ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ» για την πρόσληψη ενός (1) Ειδικευμένου Ιατρού Ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής για την ενίσχυση του τμήματος Μαστού – Υπερήχων και Επεμβατικής Ακτινολογίας του Ακτινοδιαγνωστικού τμήματος του νοσοκομείου, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών .
10. Την αριθμ. Γ4β/60877/23-12-2024 (αρ.εισερχ. ΓΟΝΚ 21817/30-12-2024) Εγκριτική Απόφαση του κ. Υφυπουργού Υγείας με θέμα «Έγκριση συνεργασίας του ΓΕΝΙΚΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΗΦΙΣΙΑΣ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ» με έναν (1) Ιδιώτη

ιατρό ειδικότητας ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών».

11. Το αριθμ. 21847/30-12-2024 έγγραφο του Συντονιστή Διευθυντή του Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος και του Τμήματος Νεότερων Απεικονιστικών Μεθόδων (Αξονικός – Μαγνητικός Τομογράφος) με την ενυπόγραφη σύμφωνη γνώμη του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας, με θέμα: «Ειδικά προσόντα για την πρόσληψη ιδιώτη ιατρού ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών» στο οποίο αναφέρεται ότι για την βέλτιστη κάλυψη των αναγκών τα ειδικά προσόντα που θα πρέπει να διαθέτει ο υποψήφιος ιατρός είναι τα κάτωθι:
- Διενέργεια όλου του φάσματος των υπερηχογραφικών μελετών
 - Διενέργεια μαστογραφικών μελετών (συμπεριλαμβανομένων τεχνικών τομοσύνθεσης και μαγνητικής μαστογραφίας)
 - Προϋπηρεσία σε ογκολογικό Νοσοκομείο
 - Δυνατότητα βιοψιών μαστού FNA και Core με χρήση υπερήχων ή και mammotom .
 - Ο συγκεκριμένος ιατρός θα πρέπει να συμμετέχει κανονικά στο σύστημα εφημεριών του Νοσοκομείου μας χωρίς καμία εξαίρεση.
12. Το γεγονός ότι δεν υπάρχουν υποψήφιοι ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής στον κατάλογο επικουρικών ιατρών της 1^{ης} ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ για το νοσοκομείο.
13. Τις αυξημένες υπηρεσιακές ανάγκες του Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος του Νοσοκομείου μας

ΚΑΛΕΙ

Τους/Τις ενδιαφερόμενους/ες **Ιδιώτες Ιατρούς Ειδικότητας ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ** σε συνεργασία, με το **ΓΕΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΗΦΙΣΙΑΣ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»**, για τη **σύναψη σύμβασης, με καθεστώς έκδοσης από αυτόν/ήν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών**, για **πλήρη απασχόληση στο Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα του Νοσοκομείου, για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους**, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 39 του **N.5111/2024**.

Θα ληφθούν υπόψη τα κάτωθι ειδικά προσόντα:

- Διενέργεια όλου του φάσματος των υπερηχογραφικών μελετών
- Διενέργεια μαστογραφικών μελετών (συμπεριλαμβανομένων τεχνικών τομοσύνθεσης και μαγνητικής μαστογραφίας)
- Προϋπηρεσία σε ογκολογικό Νοσοκομείο
- Δυνατότητα βιοψιών μαστού FNA και Core με χρήση υπερήχων ή και mammotom .
- Ο συγκεκριμένος ιατρός θα πρέπει να συμμετέχει κανονικά στο σύστημα εφημεριών του Νοσοκομείου μας χωρίς καμία εξαίρεση.

A. Για την κατάληψη της ανωτέρω θέσης απαιτείται οι υποψήφιοι/ες :

- Να έχουν την Ελληνική Ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από Κράτη Μέλη της Ε.Ε.
- Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
- Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
- Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.
- Να εγγραφούν στη Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες, έπειτα από τη σύναψη σύμβασης συνεργασίας.
- Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

B. ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται και θα κατατεθούν με την αίτηση υποψηφιότητας είναι τα εξής:

1. **Αίτηση-Δήλωση** (υπόδειγμα της αίτησης-δήλωσης ακολουθεί στο Παράρτημα Ι) η οποία συμπληρώνεται με ακρίβεια και σε όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνει.
2. **Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986**, από την πλατφόρμα gov.gr ή από το ΚΕΠ με γνήσιο της υπογραφής, στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
3. Αντίγραφο **Αστυνομικού Δελτίου Ταυτότητας**.
4. **Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης**.
5. **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. Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητως 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 με αριθμ. ΔΙΣΚΠΟ/Φ.15/οικ.8342/1-4-2014 (ΑΔΑ:ΒΙΗ0Χ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/ΦΑ.2.3/21119/ 1-9-2014(ΑΔΑ:ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίου του Υπουργείου Εσωτερικών και

Διοικητικής Ανασυγκρότησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή φωτοαντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση ότι τα έγγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί πρωτίστως από δικηγόρο.

6. Αντίγραφο **Απόφασης Άδειας Ασκήσεως Ιατρικού Επαγγέλματος στην Ελλάδα.**
7. Αντίγραφο **Απόφασης Χορήγησης Άδειας Χρήσης Τίτλου Ειδικότητας στην Ελλάδα.**
8. **Πρόσφατη Βεβαίωση Εγγραφής οικείο Ιατρικό Σύλλογο** , στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.
9. **Φορολογική Ενημερότητα.**
10. **Ασφαλιστική Ενημερότητα.**
11. **Βεβαίωση έναρξης εργασιών φυσικού προσώπου επιτηδευματία**
12. **Βιογραφικό Σημείωμα με αναφορά στην προϋπηρεσία και στο επιστημονικό έργο (περιληπτική αναφορά).**
13. **Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986**, από την πλατφόρμα gov.gr ή από το ΚΕΠ με γνώση της υπογραφής, στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν λαμβάνουν επίδομα Δ.Υ.Π.Α. και δεν κατέχουν έμμισθη θέση στο Ελληνικό Δημόσιο.
14. Για τους άνδρες: **Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α' ή βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του Ελληνικού Στρατού.** Όπου στον τύπο Α, προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή θα πρέπει να υπερβαίνει το έτος από την ημερομηνία λήξης της παρούσας πρόκλησης.

Γ. ΩΡΑΡΙΟ – ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ:

Ο/Η ιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του/της σε **πλήρες τακτικό και καθημερινό ωράριο** από Δευτέρα έως Παρασκευή 08:00 π.μ – 15.00 μ.μ. και θα συμμετέχει στο πρόγραμμα εφημεριών του Τμήματος σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 43 του Ν.4264/2014 (ΦΕΚ 118/τ. Α' /15-5-2014) και του Ν.4498/2017(ΦΕΚ 172/τ.Α/16-11-2017).

Ο/Η ιατρός υπόκειται διοικητικά και επιστημονικά στον Συντονιστή Διευθυντή του Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος, στον Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και στον Διοικητή του ΓΟΝΚ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ», εφαρμοζόμενων αναλογικά των οριζόμενων στο ν. 3329/2005 ως προς την διοικητική και επιστημονική εποπτεία του.

Δ. ΑΜΟΙΒΗ :

Η αποζημίωση του/της θα είναι ίση με τις μηνιαίες αποδοχές, κατά την κείμενη νομοθεσία, Επικουρικού Ιατρού βαθμού Επιμελητή Β΄, καθώς επίσης και η εφημεριακή απασχόλησή τους θα αντιστοιχεί σε αυτή του Επιμελητή Β΄ .

Ε. ΑΙΤΗΣΕΙΣ –ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ:

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν **να στείλουν την αίτησή τους** (η οποία υπέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης) **με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά** αυτοπροσώπως, είτε με άλλο, εξουσιοδοτημένο από αυτούς, πρόσωπο ή ηλεκτρονικά στο E-Mail: secretary@gonkhosp.gr

Αιτήσεις που θα υποβληθούν μετά την κάτωθι ημερομηνία δεν θα ληφθούν υπόψη.

Υποβληθείσα αίτηση η οποία δεν πληροί τις προϋποθέσεις υποβολής και όλα τα απαιτούμενα για τη θέση δικαιολογητικά και προσόντα δεν βαθμολογείται και απορρίπτεται.

Η Προθεσμία υποβολής των αιτήσεων είναι πέντε (5) εργάσιμες ημέρες από 13/01/2025 έως και 17/01/2025.

ΣΤ. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:

Οι ενδιαφερόμενοι, για οποιαδήποτε πληροφορία, μπορούν να απευθύνονται στο Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του ΓΕΝΙΚΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΗΦΙΣΙΑΣ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ» κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες στα τηλέφωνα : 210 3501521 και 2103501520.

Ζ. ΕΠΙΛΟΓΗ:

Την καταλληλότητα των υποψηφίων θα κρίνει **τριμελής Επιτροπή**, αποτελούμενη από :

- Τον Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας
- Τη Διευθύντρια του Εργαστηριακού Τομέα
- Τον Συντονιστή Διευθυντή του Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος / Τμήματος Νεότερων Απεικονιστικών Μεθόδων (Αξονικός – Μαγνητικός Τομογράφος).

Η παρούσα Πρόσκληση αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3861/2010 (ΦΕΚ 112/Α΄/13-07-2010), στον ιστότοπο (<https://gonkhosp.gr/>) και τον πίνακα ανακοινώσεων του Νοσοκομείου.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΤΣΟΥΡΟΥΛΑΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:1) Υπουργείο Υγείας (dprnp_a@moh.gov.gr)
2) 1η Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ (dioikisi@1dype.gov.gr)

- 3) Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο – pis@pis.gr
- 4) Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών – isathens@isathens.gr
- 5) Ιατρικό Σύλλογο Πειραιά – info@ispeiraias.gr

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

- 1) Γραφείο Διοικητή
- 2) Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας
- 3) Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου
- 4) Διευθύντρια Εργαστηριακού Τομέα
- 5) Συντονιστή Διευθυντή Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος /Τμήματος Νεότερων Απεικονιστικών Μεθόδων (Αξονικός - Μαγνητικός Τομογράφος)
- 6) Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού

(ακολουθεί Παράρτημα)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ
ΕΚΔΟΣΗΣ, ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥ, ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

ΓΙΑ ΠΛΗΡΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ
ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΗΦΙΣΙΑΣ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»

	<p>ΠΡΟΣ</p> <p>ΓΕΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΗΦΙΣΙΑΣ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ».</p> <p>Παρακαλώ όπως κάνετε αποδεκτό το <u>αίτημα μου για συνεργασία με το ΓΟΝΚ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»</u>, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 41 του Ν. 4058/2012 όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το άρθρο 39 του Ν. 5111/2024, για απασχόληση ως <u>ιδιώτης</u> ιατρός.</p>
ΟΝΟΜΑ:	Δηλώνω υπεύθυνα ότι:
ΕΠΙΘΕΤΟ:	Α) Αποδέχομαι τους όρους της αριθ. πρωτ.πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:	Β) Διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα (σε πρωτότυπα ή αντίγραφα)
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:	
ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:	Γ) Για την έναρξη συνεργασίας και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αποζημίωσης δεν συντρέχει κανένα κώλυμα στο πρόσωπό μου και σε αντίθετη περίπτωση, θα φροντίσω για την άρση κάθε κωλύματος για το σκοπό αυτό, εφόσον η παρούσα αίτηση μου γίνει αποδεκτή.
ΚΑΤΟΙΚΟΣ:	
ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ:	
ΤΚ:	
ΤΗΛ:	
ΚΙΝ. ΤΗΛ.:	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ:	
ΑΜΚΑ:	Ημερομηνία,/.../2024
ΑΦΜ:	Ο/Η Δηλ.
EMAIL:
	(Υπογραφή/σφραγίδα ιδιώτη ιατρού)