



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ**

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Λαμία, **24/7/2017**
Αριθμ.Πρωτ: **Π/15632**

**ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ ΘΕΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΚΛΑΔΟΥ ΕΣΥ
Το Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας έχοντας υπόψη:**

1. Την αριθμ. Α3α/οικ. 110515/2014 (ΦΕΚ 3444/τ. Β /22-12-2014) Κοινή Υπουργική Απόφαση, «Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας»
2. Τις διατάξεις του ν. 4368/2016
3. Την αριθμ.Α2α/Γ.Π.οικ.22211/22-3-2016 (ΑΔΑ:Ω5ΧΖ465ΦΥΟ-ΨΜΙ) Υπουργική απόφαση με την οποία ρυθμίζεται η διαδικασία και ο τρόπος προκήρυξης θέσεων ειδικευμένων ιατρών κλάδου ΕΣΥ καθώς και η προθεσμία και ο τρόπος υποβολής δικαιολογητικών.(ΦΕΚ 794/23-3-2016 τ.Β).
4. Το αριθμ. Α2α/ΓΠ οικ. 44231/15-6-2016 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας με θέμα: Διευκρινίσεις σχετικά με την βεβαίωση υπηρεσίας υπαίθρου ή νόμιμης απαλλαγής
5. Το αριθμ. Α2α/ΓΠ οικ. 37742/26-5-2016 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας με θέμα:Διευκρινίσεις σχετικά με υποβολή ξενόγλωσσων δικαιολογητικών για θέσεις ιατρών κλάδου ΕΣΥ
6. Την αριθμ. Α2α/Γ.Π./29163/28-6-2017 απόφαση έγκρισης προκήρυξης θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου ΕΣΥ.
7. Το αριθμ. φ6/19551/18-7-2017 έγγραφο της 5^{ης} ΥΠΕ Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

Π Ρ Ο Κ Η Ρ Υ Σ Σ Ε Ι

Την πλήρωση των παρακάτω θέσεων του κλάδου Ιατρών ΕΣΥ επί θητεία, για το Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας, ως εξής:

- Μία (1) θέση Επιμελητών Β' ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

A. Για την παραπάνω θέση γίνονται δεκτοί ως υποψήφιοι όσοι έχουν:

1. Ελληνική Ιθαγένεια ή προέρχονται από Κράτη Μέλη της ΕΟΚ.
2. Άδεια ασκήσεως Ιατρικού Επαγγέλματος.
3. Τίτλο αντίστοιχο με τη θέση Ιατρικής Ειδικότητας.
4. Ηλικία που να μην υπερβαίνει το 50^ο έτος για τους Επιμ.Β'.

B. Οι ενδιαφερόμενοι υποχρεούνται να καταθέσουν τα παρακάτω δικαιολογητικά εις τριπλούν:

1. Αίτηση-Δήλωση σε ειδικό έντυπο το οποίο βρίσκεται αναρτημένο στον ιστότοπο του Υπουργείου Υγείας (www.moh.gov.gr) , στον ιστότοπο των Δ.Υ.Πε. και των Νοσοκομείων, ή χορηγείται από την υπηρεσία μας. 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.
2. 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.
3. Φωτοαντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος.

4. Φωτοαντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου Ειδικότητας.
5. 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.
6. Πιστοποιητικό γέννησης ή φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου όταν πρόκειται για πολίτη κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
7. Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής, όπου είναι απαραίτητη. Οι εν λόγω βεβαιώσεις εκδίδονται από το Τμήμα Γ' (Ιατρών υπόχρεων και επί θητεία υπηρεσίας υπαίθρου) της Διεύθυνσης Ανθρωπίνων Πόρων Ν.Π. του Υπουργείου Υγείας.
8. Υπεύθυνη δήλωση του υποψηφίου για διορισμό γιατρού στην οποία θα αναφέρονται τα εξής:
 - α) ότι δεν έχει αρνηθεί διορισμό σε θέση του κλάδου ιατρών ΕΣΥ ή σε αντίθετη περίπτωση ότι έχουν συμπληρωθεί πέντε (5) χρόνια από την παρέλευση της προθεσμίας ανάληψης υπηρεσίας και
 - β) ότι δεν έχει παραιτηθεί από θέση του κλάδου ιατρών ΕΣΥ πριν από τη συμπλήρωση δύο (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 δύο (2) χρόνια συνεχούς υπηρεσίας σε ομοιόβαθμη με την κρινόμενη θέση εάν είναι ήδη ιατρός του Ε.Σ.Υ.
9. Υπεύθυνη Δήλωση του υποψηφίου για διορισμό ιατρού, στην οποία να αναφέρεται ότι δεν υπηρετεί στο Ε.Σ.Υ. ή ότι έχει υποβάλει 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 τη λήξη προθεσμίας υποβολής δικαιολογητικών της παρούσας προκήρυξης.
10. Βιογραφικό σημείωμα στο οποίο να γράφονται περιληπτικά τα ουσιαστικά προσόντα του υποψηφίου και ιδιαίτερα εκείνα που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.8 του άρθρου 37 του Ν.2519/97 (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.
11. Για την απόδειξη των ουσιαστικών προσόντων που αναφέρονται στο βιογραφικό σημείωμα, απαιτείται η υποβολή επίσημων πιστοποιητικών ή βεβαιώσεων.
12. Οι επιστημονικές εργασίες αναφέρονται στο Βιογραφικό Σημείωμα του υποψηφίου περιληπτικά. Ανάτυπα δημοσιευμένων επιστημονικών εργασιών και επιστημονικά περιοδικά στα οποία έχουν δημοσιευθεί τέτοιες εργασίες, υποβάλλονται κατά την κρίση του υποψηφίου. Επιστημονικές εργασίες γραμμένες σε ξένη γλώσσα, πρέπει να υποβάλλονται και μεταφρασμένες στην Ελληνική γλώσσα.
13. 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.Σ.Υ.) κατά τα οριζόμενα στην Δ/10424/31-3-1993 (ΦΕΚ 263 Β') υπουργική απόφαση. Για τους ιατρούς που είναι απόφοιτοι Ελληνικού Πανεπιστημίου ή έχουν αποκτήσει τίτλο ειδικότητας στην Ελλάδα,

δεν απαιτείται βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας.

14. Ειδικές προϋποθέσεις ή κωλύματα που αναφέρονται ρητά στην προκήρυξη αποδεικνύονται με την κατάθεση σχετικών πιστοποιητικών, βεβαιώσεων ή υπεύθυνων δηλώσεων που θα περιγράφονται στην ίδια την προκήρυξη
15. 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 υπ' αριθμ. ΔΙΣΚΠΟ/Φ.15/οικ. 8342/1-4-2014 (ΑΔΑ:ΒΙΗ0Χ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/Φ Α.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.

Οι υποψήφιοι πρέπει να συγκεντρώνουν τα απαιτούμενα προσόντα κατά το χρόνο λήξης της προθεσμίας υποβολής των δικαιολογητικών.

Κάθε υποψήφιος μπορεί να διεκδικήσει και να κριθεί για περισσότερες της μιας θέσης αλλά για κάθε θέση πρέπει να υποβάλλει ξεχωριστή αίτηση-δήλωση με όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά.

Γ. Η αίτηση - δήλωση και όλα τα δικαιολογητικά υποβάλλονται στη Γραμματεία του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας εις τριπλούν, κάθε σειρά σε ξεχωριστό φάκελο, μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών, ήτοι από 26/07/2017 μέχρι και 14/08/2017.

Αιτήσεις - Δηλώσεις μαζί με τα δικαιολογητικά, μπορούν να υποβάλλονται και ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή ή με εταιρεία ταχυμεταφοράς, με την ένδειξη " ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ-ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΕΣΥ" στη Γραμματεία του Νοσοκομείου στη διεύθυνση: «Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας, Παπασιοπούλου τέρμα, Τ.Κ. 35100-Λαμία» μέσα στην παραπάνω ορισθείσα προθεσμία. Για τις αιτήσεις αυτές η ημερομηνία υποβολής προκύπτει είτε από τη σφραγίδα του ταχυδρομείου είτε από το αποδεικτικό παράδοσης στην εταιρεία ταχυμεταφοράς.

Αιτήσεις - Δηλώσεις και δικαιολογητικά μετά τη λήξη της προθεσμίας δεν γίνονται δεκτά.

Από το Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του Νοσοκομείου μας οι ενδιαφερόμενοι θα μπορούν να παίρνουν πληροφορίες για την προκήρυξη στο τηλέφωνο 2231356649 τις εργάσιμες ημέρες και ώρες.

Δ. Η Προκήρυξη αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.3861/2010 (ΦΕΚ 112 Α΄) και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους, ενώ αποστέλλεται και στη 5^η Δ.Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας, προκειμένου να αναρτηθεί στον ιστοτόπο της. Επιπλέον, η Προκήρυξη, η σχετική Αίτηση και οι Υπεύθυνες Δηλώσεις, θα αναρτηθούν και μπορεί να αναζητηθούν στον Ιστότοπο του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας (www.lamiahospital.gr).

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. 5^η ΥΠΕ Θεσσαλίας & Στ. Ελλάδας
2. Γραμματεία ΔΣ
3. Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας
4. Επιστημονικό Συμβούλιο

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΜΙΑΣ

Δρ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΖΥΓΟΥΡΗΣ

5. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
Πλουτάρχου 3 & Υψηλάντους
ΤΚ 10675, Αθήνα
6. Ιατρικό Σύλλογο Λαμίας
Fax: 2231022001
7. Πρ. Προϊστάμενο Χειρουργικού Τμήματος
8. κ. Παπαπέτρου Κων/νο
Επιμ. Α' Νευροχειρουργικής
9. Τμήμα Πληροφορικής
10. Τμήμα Γραμματείας για ανάρτηση