



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ  
ΥΠΟΔ/ΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ  
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ : ΠΑΝΑΓΗ Α.  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 213 2058160  
e-mail: [panagi@sismanoglio.gr](mailto:panagi@sismanoglio.gr)

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΔΙΚΤΥΟ

Ημερ.: 17.9.2024  
Αρ. Πρωτ.: 20589

**ΘΕΜΑ: ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΙΑΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΔΕΛΤΙΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΓΝΑ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ – Α. ΦΛΕΜΙΓΚ»**

Έχοντας υπ' όψιν:

1. Τις διατάξεις του Ν. 3329/05, άρ. 7
2. Τις διατάξεις του Ν. 4058/12, άρ. 41 παρ. 1
3. Την 14/15-4-24, θ. 39° ΗΔ απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του νοσοκομείου
4. Τη Γ4β/32909/22-8-2024 απόφαση Υφυπουργού Υγείας «Έγκριση συνεργασίας του ΓΝΑ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ – Α. ΦΛΕΜΙΓΚ» - Ο.Μ.Ε. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ» με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Μαιευτικής - Γυναικολογίας, με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών
5. Τις ανάγκες του Γυναικολογικού Εξωτερικού Ιατρείου του νοσοκομείου
6. Τον Οργανισμό του νοσοκομείου

**ΚΑΛΕΙ**

Τους ενδιαφερόμενους ιδιώτες ιατρούς ειδικότητας Μαιευτικής - Γυναικολογίας, σε συνεργασία με το Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ – Α. ΦΛΕΜΙΓΚ» - Ο.Μ.Ε. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ» με καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τη σύναψη σύμβασης, ως ακολούθως:

ΦΟΡΕΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΜΠΕΙΡΙΑ	ΩΡΑΡΙΟ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟ ΓΛΕΙΟ – Α. ΦΛΕΜΙΓΚ» (Ο.Μ.Ε. «ΣΙΣΜΑΝΟ ΓΛΕΙΟ»)	1	Μαιευτική - Γυναικολογία	Ο ιατρός θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα εκτέλεσης και καταγραφής γυναικολογικών υπερήχων	Τακτικό καθημερινό ωράριο από Δευτέρα έως και Παρασκευή	1 έτος



**Α. Για την κατάληψη των ανωτέρω θέσεων απαιτείται οι υποψήφιοι/οι :**

- α) Να έχουν την Ελληνική Ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από Κράτη Μέλη της Ε.Ε.
- β) Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα 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 άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή
- ε) Να εγγραφούν στην Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες, έπειτα από τη σύναψη σύμβασης παροχής υπηρεσιών
- στ) 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 σύμφωνα με την υπ' αριθμ. Γ5α/Γ.Π.οικ.64843/29-8-2018 (ΦΕΚ Β' 4138/2018) υπουργική απόφαση.

**Β. Ωράριο απασχόλησης:**

Τακτικό καθημερινό ωράριο από Δευτέρα έως και Παρασκευή.

**Γ. Αμοιβή:**

Η αμοιβή ανέρχεται σε 2.000 ευρώ μηνιαίως. Επι του καθαρού ποσού υπολογίζονται οι νόμιμες κρατήσεις. Οι τυχόν ασφαλιστικές εισφορές θα βαρύνουν τον Ιδιώτη Ιατρό.

**Δ. Απαραίτητα δικαιολογητικά:**

- α) Αίτηση – δήλωση σε ειδικό έντυπο (Παράρτημα Ι), η οποία συμπληρώνεται με ακρίβεια και σε όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνει
- β) Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1986 στην οποία οι υποψήφιοι θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα
- γ) Αντίγραφο αστυνομικού δελτίου ταυτότητας
- δ) 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 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.8342/01.04.2014 (ΑΔΑ:ΒΙΗ0Χ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/Φ Α.2.3/21119/01.09.2014 (ΑΔΑ:ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίου 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

ε) Αντίγραφο απόφασης άδειας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος

στ) Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας

ζ) Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης της.

η) Σύντομο Βιογραφικό σημείωμα με αναφορά στην προϋπηρεσία και το επιστημονικό έργο (περιληπτική αναφορά).

θ) Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α' ή βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του Ελληνικού Στρατού. Όπου στο πιστοποιητικό τύπου Α' προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή θα πρέπει να υπερβαίνει το έτος από την ημερομηνία λήξης της πρόσκλησης)

#### **Ε. Εμπειρία:**

Ο ιατρός θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα εκτέλεσης και καταγραφής γυναικολογικών υπερήχων.

#### **ΣΤ. Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής:**

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλουν αίτηση αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο ή ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή στη διεύθυνση

**Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ – Α. ΦΛΕΜΙΓΚ» (ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟΥ)**  
**Σισμανογλείου 1, Μαρούσι 151 26**

Με την ένδειξη «Για την πρόσκληση ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιατρό» **έως την Τρίτη 24-9-2024**, όπως θα προκύπτει από την σφραγίδα του Ταχυδρομείου. Αιτήσεις που θα υποβληθούν μετά την ανωτέρω ημερομηνία δεν θα ληφθούν υπόψη.

**Η Προθεσμία υποβολής των αιτήσεων είναι από 18-9-2024 μέχρι και 24-9-2024.**

Η Πρόσκληση αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3861/2010, στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου ([www.sismanoglio.gr](http://www.sismanoglio.gr)) και αποστέλλεται στην 1η Υ.ΠΕ Αττικής.

#### **Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

**ΔΑΛΑΪΝΑΣ ΗΛΙΑΣ**

#### ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

Γρ. Διοικητή

Γρ. Αν. Διοικήτριας

Δ.Ι.Υ.

Υπεύθυνη Ιατρός ΤΕΙ (κα Παναγοπούλου Αδαμαντία)

Τμ. Οικονομικού – γρ. Μισθοδοσίας

Υποδ/νση Πληροφορικής (για ανάρτηση στην ιστοσελίδα του νοσοκομείου)

Τμήμα Προσωπικού



ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

Διοίκηση 1ης ΥΠΕ Αττικής e-mail: [hrd@1dype.gov.gr](mailto:hrd@1dype.gov.gr)

Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος Πλουτάρχου 3, 106 75 Αθήνα e-mail: [pis@pis.gr](mailto:pis@pis.gr)

Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών Σεβαστουπόλεως 113, 115 23 Αθήνα e-mail:

[pressoffice@isathens.gr](mailto:pressoffice@isathens.gr)



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι  
ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ  
ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΣΗ  
.....

Επώνυμο:  
Όνομα:  
Όνομα πατρός:  
Αριθμός Τηλεφώνου:  
e-mail:  
Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Α) Αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθμ. .... πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για υποβολή πρότασης.

Β) Διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα (σε πρωτότυπα ή επίσημα αντίγραφα).

Γ) Για την ανάληψη του έργου και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αμοιβής 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 πρότασή μου γίνει δεκτή.

Ημερομηνία:

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή: