

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ  
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
Πληροφορίες: Β.Σαρρημανώλη  
Τηλ.: 213 2058194  
E-mail: prosopiko-iatriki@sismanoglio.gr

Αριθ. Πρωτ.: 13689  
Ημερομηνία: 25.05.2026

**ΘΕΜΑ: ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΙΑΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ  
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ Ή ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΜΕ ΔΕΛΤΙΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

**Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ ΤΟΥ ΓΝΑ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ – Α. ΦΛΕΜΙΓΚ»**

Έχοντας υπ' όψιν:

1. Τις διατάξεις του Ν. 3329/05, άρθρο 7
2. Τις διατάξεις του Ν. 4058/12, άρθρο 41 παρ. 1
3. Την 04/03.02.2026/θ. 38<sup>ο</sup> ΗΔ απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του νοσοκομείου
4. Τη Γ4β/18427/13.05.2026 απόφαση Υφυπουργού Υγείας «Έγκριση συνεργασίας του ΓΝΑ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ – Α. ΦΛΕΜΙΓΚ» - Ο.Μ.Ε. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ» με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ Ή ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών
5. Τις ανάγκες του Ακτινολογικού Τμήματος του νοσοκομείου
6. Τον Οργανισμό του νοσοκομείου

**ΚΑΛΕΙ**

Τους ενδιαφερόμενους ιδιώτες ιατρούς ειδικότητας ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ Ή ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ, 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	ΩΡΑΡΙΟ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ – Α.ΦΛΕΜΙΓΚ»(Ο.Μ.Ε. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»)	1	Ακτινολογίας Ή Ακτινοδιαγνωστικής	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 σύμφωνοι 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 2.098 ευρώ μηνιαίως. Επί 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 άσκησης 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. 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 ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ)**  
**Σισμανογλείου 1, Μαρούσι 151 26**

Με την ένδειξη «Για την πρόσκληση ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιατρό» **έως την Τρίτη 2-6-2026**, 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 25-5-2026 μέχρι και 2-6-2026.**

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.

**Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ**

**ΖΩΗ ΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ**





ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

Γρ. Διοκλήτριας

Γρ. Αν. Διοικητή

Δ.Ι.Υ.

Δ/ντρια Εργαστηριακού Τομέα

Τμ. Οικονομικού – Γρ. Μισθοδοσίας

Υποδ/ση 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:

