



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ - ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1ης ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ
Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ Ν.Π.Δ.Δ.

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΥΠΟΔ/ΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Ημερομηνία: 19.04.2018
Αριθμ. Πρωτ.: Β560

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Βασιλικοπούλου Χ.,
Παναγή Αλ.,
Χορού Αικ.

Τηλ.: 213 2058194 - 160 - 519
Fax: 213 2058624

**ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ ΘΕΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΚΛΑΔΟΥ ΕΣΥ (ΕΠΙ ΘΗΤΕΙΑ) ΤΟΥ Γ.Ν.Α.
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜ. ΦΛΕΜΙΓΚ» (ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»)**

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Έχοντας υπόψη:

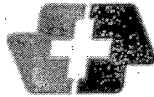
1. Τις διατάξεις:
 - α) του άρθρου 65 του Ν.2071/1992 (Α'123) όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο τέταρτο του Ν. 4528/2018 (Α'50)
 - β) της παραγράφου 1 του άρθρου 69 του Ν. 2071/1992 (Α'123), όπως αντικαταστάθηκε με την παρ. 1 του άρθρου 35 του Ν. 4368/2016 (Α'21)
 - γ) του άρθρου 7 και του άρθρου 8 του Ν. 4498/2017 (Α'172), όπως τροποποιήθηκε με τις διατάξεις του άρθρου ένατου του Ν. 4517/2018 (Α' 22)
 - δ) της παραγράφου 4 του άρθρου 49 του Ν. 4508/17 (Α'200)
2. Την υπ'αρ. Γ4α/Γ.Π. οικ. 4044/17.01.2018 (116 Β') Υπουργική Απόφαση «Καθορισμός κριτηρίων επιλογής και διαδικασίας υποβολής υποψηφιοτήτων, αξιολόγησης και επιλογής για θέσεις κλάδου ιατρών και οδοντιάτρων Ε.Σ.Υ.» (ΑΔΑ: 6ΔΔΙ465ΦΥΟ-Ν70) όπως τροποποιήθηκε με την υπ' αριθμ. Γ4α/ΓΠοικ.13274/13.02.2018 (548 Β') όμοια (ΑΔΑ: 6ΚΓ465ΦΥΟ-ΕΙΣ)
3. Την υπ' αριθμ. Γ4α/Γ.Π. οικ. 13273/13.02.2018 (621 Β') Υπουργική Απόφαση «Διαδικασία προκήρυξης θέσεων ιατρών και οδοντιάτρων Ε.Σ.Υ.» (ΑΔΑ: ΩΑΚΓ465ΦΥΟ-Κ5Κ)
4. Την υπ' αριθμ. Γ4α/Γ.Π. οικ. 20585/09.03.2018 εγκύκλιο σχετικά με τη διαδικασία προκήρυξης και υποβολής υποψηφιότητας για την πλήρωση θέσεων ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ. (ΑΔΑ: ΩΝ2Φ465ΦΥΟ-1ΘΖ)
5. Το με αρ. πρωτ. Α2α/ΓΠοικ. 37742/26.05.2016 (ΑΔΑ: 6ΣΛΩ465ΦΥΟ-5Ι2) έγγραφο του Υπουργείου Υγείας «Διευκρινήσεις σχετικά με υποβολή ξενόγλωσσων δικαιολογητικών για θέσεις ιατρών κλάδου ΕΣΥ» σύμφωνα με τα οριζόμενα στις υπ' αριθμ. ΔΙΣΚΠΟ/Φ:15/οικ. 8342/01.04.2014 (ΑΔΑ: ΒΗ0Χ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/Φ Α.2.3/21119/01.09.2014 (ΑΔΑ: ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίους του Υπουργείου Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης
6. Τον Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ" (ΦΕΚ 3475/Β/31.12.2012), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει
7. Την υπ' αριθμ. Γ4α/Γ.Π./25794/03.04.2018 έγκριση προκήρυξης του Υπουργείου Υγείας

ΠΡΟΚΗΡΥΣΣΕΙ

Την πλήρωση **δύο (2) θέσεων** ειδικευμένων ιατρών ειδικότητας **Παιδοψυχιατρικής για το Κοι.Κε.Ψ.Υ.Π.Ε. Παλλήνης** που ανήκει στο **ΓΝΑ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ, Νοσοκομειακή Μονάδα «Σισμανόγλειο»**, στον εισαγωγικό βαθμό **Επιμελητή Β'.**

Η προθεσμία υποβολής αιτήσεων αρχίζει στις **04.05.2018 ώρα 12μ.μ** και λήγει στις **24.05.2018 ώρα 23:59**. Η αίτηση-δήλωση υποψηφιότητας υποβάλλεται στην ηλεκτρονική διεύθυνση **esydoctors.moh.gov.gr** με τη χρήση των κωδικών εισαγωγής στο **TAXISNET**. Στην ανωτέρω ηλεκτρονική διεύθυνση οι ενδιαφερόμενοι θα μπορούν να αναζητούν οδηγίες για τη συμπλήρωση της ηλεκτρονικής αίτησης. Για την απόσυρση της αίτησης υποψηφιότητας απαιτείται η υποβολή υπεύθυνης δήλωσης στη Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού της οικείας Δ.Υ.Π.Ε.

Κάθε υποψήφιος μπορεί να υποβάλλει υποψηφιότητα σε μία (1) έως και πέντε (5) θέσεις ειδικευμένων ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ. που έχουν προκηρυχθεί από μία Δ.Υ.Π.Ε., με τις



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ – ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1ης ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ

Γενικό Νοσοκομείο Αττικής **ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ** Ν.Π.Δ.Δ.

προκρηχθείσες θέσεις της 1ης και 2ης Δ.Υ.ΠΕ. καθώς και της 3ης και 4ης Δ.Υ.ΠΕ. να θεωρούνται, αντιστοίχως, ως θέσεις μιας (1) Δ.Υ.ΠΕ. Στην αίτησή του ο υποψήφιος δηλώνει υποχρεωτικά τη σειρά προτίμησής του για κάθε θέση.

Η υποβολή περισσοτέρων της μιας (1) αιτήσεων-δηλώσεων για την ίδια θέση έχει ως συνέπεια τον αυτοδίκαιο αποκλεισμό του υποψηφίου από την περαιτέρω διαδικασία. Η αίτηση-δήλωση επέχει και θέση υπεύθυνης δήλωσης του άρθρου 8 του Ν.1599/1986 (Α' /75) ως προς την ακρίβεια των δηλούμενων σ' αυτήν στοιχείων του υποψηφίου.

Επισημαίνεται ότι μέχρι την ημερομηνία λήξης της ηλεκτρονικής υποβολής της αίτησης υποψηφιότητας (24.05.2018), ο υποψήφιος πρέπει **να καταθέσει στη Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού της οικείας Δ.Υ.ΠΕ, αυτοπροσώπως ή με εξουσιοδοτημένο από αυτόν πρόσωπο ή να αποστείλει ταχυδρομικά είτε με συστημένη επιστολή είτε με εταιρεία ταχυμεταφοράς, σε έντυπη μορφή τα δικαιολογητικά και εκτυπωμένο και υπογεγραμμένο αντίγραφο της υποβληθείσας ηλεκτρονικά αίτησης σε κλειστό φάκελο στον οποίο θα αναγράφεται η θέση για την οποία υποβάλλει υποψηφιότητα.**

Ο υποψήφιος που υποβάλλει υποψηφιότητα σε διαφορετικό Συμβούλιο καταθέτει ισάριθμους με τις θέσεις που διεκδικεί φακέλους δικαιολογητικών με εκτυπωμένο και υπογεγραμμένο αντίγραφο της υποβληθείσας ηλεκτρονικά αίτησης σε κάθε φάκελο.

Στην περίπτωση της ταχυδρομικής αποστολής των εγγράφων, για το εμπρόθεσμο της κατάθεσης λαμβάνεται υπόψη η ημερομηνία παράδοσής τους για αποστολή και όχι η ημερομηνία παραλαβής από την παραπάνω αρμόδια υπηρεσία.

A. Για την κατάληψη των παραπάνω θέσεων ειδικευμένου ιατρού ΕΣΥ απαιτείται:

1. Ελληνική Ιθαγένεια ή Ιθαγένεια Κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
2. Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
3. Τίτλο αντίστοιχης με την θέση ιατρικής ειδικότητας.

B. Απαιτούμενα δικαιολογητικά :

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για την υποβολή υποψηφιότητας για την πλήρωση θέσεων ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ. είναι τα εξής:

1. Αίτηση-δήλωση η οποία υποβάλλεται ηλεκτρονικά στην ηλεκτρονική διεύθυνση **esydoctors.moh.gov.gr**.
2. Αντίγραφο της αίτησης-δήλωσης υποψηφιότητας που έχει υποβληθεί ηλεκτρονικά, υπογεγραμμένο από τον υποψήφιο.
3. Φωτοαντίγραφο του πτυχίου. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του πτυχίου, επικυρωμένο φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ, όπου απαιτείται.
4. Φωτοαντίγραφο της απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος.
5. Φωτοαντίγραφο της απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας.
6. Βεβαίωση του οικείου Ιατρικού Συλλόγου στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.
7. Πιστοποιητικό γέννησης ή φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου. Όταν πρόκειται για πολίτη κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται και επίσημη μετάφραση των δικαιολογητικών αυτών.
8. Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής, όπου είναι απαραίτητη, η οποία εκδίδεται από το τμήμα ιατρών υπηρεσίας υπαίθρου της Διεύθυνσης Ανθρώπινου Δυναμικού Νομικών Προσώπων του Υπουργείου Υγείας.
9. Υπεύθυνη δήλωση του υποψηφίου για διορισμό ιατρού, στην οποία να αναφέρονται τα εξής:
 - α) ότι δεν έχει αρνηθεί διορισμό σε θέση του κλάδου ιατρών Ε. Σ.Υ. ή, σε αντίθετη περίπτωση, ότι έχουν συμπληρωθεί πέντε (5) χρόνια από την παρέλευση της προθεσμίας ανάληψης υπηρεσίας.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ – ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1ης ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ

Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ Ν.Π.Δ.Δ.

- β) ότι δεν έχει παραιτηθεί από θέση του κλάδου ιατρών Ε. Σ.Υ. πριν από τη συμπλήρωση δυο (2) χρόνων από τον 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 ομοίοβαθμη με την κρινόμενη θέση εάν είναι ήδη ιατρός του Ε.Σ.Υ., δ) υπεύθυνη δήλωση του υποψήφιου για θέσεις Επιμελητών Α' και Επιμελητών Β' που θα προκηρυχθούν μέχρι 31.12.2018, στην οποία να αναφέρεται ότι δεν υπηρετεί στο Ε.Σ.Υ. ή ότι έχει υποβάλλει 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 εκάστοτε προκήρυξης.
10. Για την απόδειξη των ουσιαστικών προσόντων που αναφέρονται στο βιογραφικό σημείωμα, απαιτείται η υποβολή επίσημων πιστοποιητικών ή βεβαιώσεων.
11. Οι επιστημονικές εργασίες αναφέρονται στο βιογραφικό σημείωμα του υποψηφίου περιληπτικά. Ανάπτυξη δημοσιευμένων επιστημονικών εργασιών και επιστημονικά περιοδικά στα οποία έχουν δημοσιευθεί τέτοιες εργασίες, υποβάλλονται κατά την κρίση του υποψηφίου.
12. Οι πολίτες κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης πρέπει να υποβάλουν πιστοποιητικό ελληνομάθειας επιπέδου Β2 από το Κέντρο Ελληνικής Γλώσσας του Υπουργείου Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων, ή από το Διδασκαλείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, ή από το σχολείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Δεκτές γίνονται επίσης βεβαιώσεις γνώσης της ελληνικής γλώσσας, οι οποίες έχουν χορηγηθεί μετά από εξετάσεις ενώπιον της αρμόδιας επιτροπής του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.).

Για τους ιατρούς που είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα ή απόφοιτοι Ελληνικού Πανεπιστημίου ή διαθέτουν απόφαση ισοτιμίας και αντιστοιχίας του πτυχίου τους από τον ΔΟΑΤΑΠ (ΔΙΚΑΤΣΑ) μετά από εξετάσεις ή έχουν αποκτήσει τίτλο ειδικότητας στην Ελλάδα, δεν απαιτείται βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας.

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:ΒΙΘ0Χ-6ΥΗ) και ΔΙΑΔΠ/Φ Α.2.3/21119/1-9-2014 (ΑΔΑ:ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίους 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.

Γ. Η απόφαση-προκήρυξη αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3861/2010 (ΦΕΚ 112 Α') καθώς και στην ιστοσελίδα του ΓΝΑ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ Νοσοκομειακή Μονάδα Σισμανόγλειο (www.sismanoglio.gr) και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους. Με ευθύνη της οικείας ΔΥΠΕ αναρτώνται στον ιστότοπό της, εκτός από τις προκηρύξεις των μονάδων της και οι προκηρύξεις των Νοσοκομείων που υπάγονται στην αρμοδιότητα της, και αποστέλλονται ηλεκτρονικά στη διεύθυνση dmhp_6@moh.gov.gr.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1ης ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ
Ν.Π.Δ.Δ.

ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΚΟΥΤΑΛΑΣ

Επισημοποίησε για την ακρίβεια
Η Υποδιευκνύουσα του τμήματος Γραμματείας
ΖΕΡΒΟΥ ΜΑΡΙΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ – ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1ης ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ
Γενικό Νοσοκομείο Αττικής **ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ** Ν.Π.Δ.Δ.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ/ ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΩΝ ΕΣΥ, ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 17, 10187 ΑΘΗΝΑ
- 1Η ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ, ΖΑΧΑΡΩΦ 3, 115 21 ΑΘΗΝΑ
- ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ, ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΥ 3, 10675 ΑΘΗΝΑ
- ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΘΗΝΩΝ, ΣΕΒΑΣΤΟΥΠΟΛΕΩΣ 113, 11526 ΑΘΗΝΑ
- ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΕΙΡΑΙΑ, ΠΛΑΤΕΙΑ ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗ 5, ΠΕΙΡΑΙΑΣ Τ.Κ. 185 31

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

- ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΟΙΚΗΤΗ - ΑΝΑΠΛ. ΔΙΟΙΚΗΤΗ
- Δ/ΝΤΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
- ΥΠΟΔ/ΝΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ (με την παράκληση να αναρτηθεί στην Ιστοσελίδα του Νοσοκομείου μας)
- ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ