



**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ
ΥΠΟΔ/ΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
Τηλ.: 213 2058194 - 160
Fax.: 213 2058624**

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

**Ημερομηνία: 31.03.2017
Αριθμ. Πρωτ.: 7271/05.04.2017**

**ΑΠΟΦΑΣΗ – ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ ΘΕΣΗΣ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΕΣΥ (ΕΠΙ ΘΗΤΕΙΑ)
Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 26 και 27 του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», όπως ισχύει
2. Τις διατάξεις της παραγράφου 1 και 10 του άρθρου 69 του Ν.2071/92(ΦΕΚ 123 Α) «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας», όπως αντικαταστάθηκε με τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 35 του Ν. 4368/2016(ΦΕΚ 21 Α') «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις.»
3. Τις διατάξεις του άρθ. 4 του Ν. 2194/94 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»
4. Τις διατάξεις του άρθ. 34 του Ν. 2519/97 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις»
5. Την με αριθμ. ΔΥ13α/οικ.39832/97 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 1088/97τ.Β') «Ιεράρχηση κριτηρίων κρίσης και συγκριτικής αξιολόγησης υποψηφίων για θέσεις του κλάδου γιατρών ΕΣΥ»
6. Τους Νόμους 2345/95, 2716/99, 2737/99, 2889/01, 2955/01, 3106/03, 3172/03, 3204/03, 3252/04, 3293/04, ΠΔ 63/05, τους Ν. 3329/05, 3370/05, 3527/07, 3580/07, τις διατάξεις του άρθ. 13 του Ν. 3754/09, 3868/10
7. Τον Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ" (ΦΕΚ 3475/Β/31-12-12)
8. Την υπ'αριθμ. Α2α/ΓΠοικ.22211/22-03-2016 Υπουργική Απόφαση με θέμα «Διαδικασία και τρόπος προκήρυξης θέσεων ιατρών ΕΣΥ και προθεσμία και τρόπος υποβολής δικαιολογητικών»
9. Το με αρ. πρωτ. Α2α/ΓΠοικ. 37742/26-05-2016 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας «Διευκρινήσεις σχετικά με υποβολή ξενόγλωσσων δικαιολογητικών για θέσεις ιατρών κλάδου ΕΣΥ».
10. Την υπ'αριθμ. Α2α/ΓΠοικ.51916/11-07-16 Υπουργική Απόφαση με την οποία ρυθμίζεται ο τρόπος λειτουργίας και η διαδικασία λήψης αποφάσεων των Συμβουλίων Επιλογής Ιατρών ΕΣΥ
11. Την υπ'αριθμ. Α2α/ΓΠ/10980/15.03.2017 έγκριση προκήρυξης του Υπουργείου Υγείας

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Προκηρύσσουμε την πλήρωση μιας (1) θέσης ειδικευμένου ιατρού κλάδου ΕΣΥ, επί θητεία, ειδικότητας Πνευμονολογίας – Φυματιολογίας στον εισαγωγικό βαθμό του Επιμελητή Β' για τη Μονάδα Κυστικής Ίνωσης του Γ.Ν.Α. ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ – ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ, Νοσοκομειακή μονάδα «Σισμανόγλειο»,

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

1. Ελληνική Ιθαγένεια, ή ιθαγένεια κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης
2. Ηλικία που να μην υπερβαίνει το 50^ο έτος. Ως ημερομηνία συμπλήρωσης του ορίου ηλικίας ορίζεται η 31^η Δεκεμβρίου του έτους, εντός του οποίου ο υποψήφιος συμπληρώνει το απαιτούμενο όριο ηλικίας.

B. Οι ενδιαφερόμενοι πρέπει να υποβάλουν τα εξής δικαιολογητικά :

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 στην της Νοσοκομειακής Μονάδας ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ (www.sismanoglio.gr) ή χορηγείται από τη Νοσοκομειακή Μονάδα (υπηρεσία στην οποία υποβάλλονται τα δικαιολογητικά). Η αίτηση – δήλωση με ευθύνη του υποψηφίου, 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 (η υποβαλλόμενη βεβαίωση θα εκδίδεται από την αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας).
8. Υπεύθυνη δήλωση του υποψηφίου για διορισμό γιατρού στην οποία θα αναφέρονται 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,
 - β. ότι δεν έχει παραιτηθεί από θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. πριν από τη συμπλήρωση δυο (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 δυο (2) χρόνια συνεχούς υπηρεσίας σε ομοιόβαθμη με την κρινόμενη θέση εάν είναι ήδη ιατρός του Ε.Σ.Υ.



9. Για τις θέσεις που θα προκηρυχθούν μέχρι 31.12.2017, υπεύθυνη δήλωση του υποψήφιου 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 εκάστοτε προκήρυξης.
10. Βιογραφικό σημείωμα στο οποίο να γράφονται περιληπτικά τα ουσιαστικά προσόντα του υποψήφιου και ιδιαίτερα εκείνα που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 8 του άρθρου 37 του Ν. 2519/1997 (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 αξιολόγησή 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 περιληπτικά. Ανάπτυξη δημοσιευμένων επιστημονικών εργασιών και επιστημονικά Περιοδικά στα οποία έχουν δημοσιευτεί τέτοιες εργασίες, υποβάλλονται κατά την κρίση του υποψήφιου. 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.

Γ. 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.

Δ. Η Αίτηση-Δήλωση και όλα τα δικαιολογητικά υποβάλλονται στο Τμήμα Γραμματείας του Νοσ. Μονάδας "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ" (στον 1^ο όροφο του παλιού κτιρίου) σε τρία (3) αντίγραφα μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών από 12/04/2017 μέχρι και 02/05/2017. Αιτήσεις-Δηλώσεις που υποβάλλονται μετά τη λήξη της προθεσμίας, δεν γίνονται δεκτές. Από το Τμήμα Προσωπικού (τηλ. 2132058194 – 2132058160) του ανωτέρω Νοσοκομείου οι ενδιαφερόμενοι θα μπορούν να παίρνουν κάθε συμπληρωματική πληροφορία

Ε. Αιτήσεις-Δηλώσεις μαζί με τα δικαιολογητικά, μπορούν να υποβάλλονται και ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή ή με εταιρεία ταχυμεταφοράς, μέσα στην ορισθείσα προθεσμία, στη Γραμματεία (Πρωτόκολλο) του Νοσοκομείου στην διεύθυνση: «**Γ.Ν.Α. ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ**», Σισμανογλείου 1 - Τ.Κ. 15126 Μαρούσι. Για τις αιτήσεις αυτές η ημερομηνία υποβολής προκύπτει είτε από τη σφραγίδα του ταχυδρομείου είτε από το αποδεικτικό παράδοσης στην εταιρεία ταχυμεταφοράς.

ΣΤ. Η απόφαση-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 1η Υ.ΠΕ.Αττικής προκειμένου να αναρτηθεί στον ιστότοπο της

Ζ. Η απόφαση -προκήρυξη αυτή θα δημοσιευτεί δύο (2) φορές σε δύο (2) τουλάχιστον μεγάλης κυκλοφορίας εφημερίδες της Αθήνας και σε μία (1) εφημερίδα της Θεσσαλονίκης.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΚΟΥΤΑΛΑΣ

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

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

- ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
- Δ/ΝΤΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
- Δ/ΝΤΕΣ ΤΟΜΕΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
- ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ
- ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ
- ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ