



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
**ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ**  
**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ**  
**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ**  
**«ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ»**

**Χίος: 06-06-2024**

**Αριθ. πρωτ: 9764**

**ΤΜΗΜΑ: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ**  
**Δ/ση: Έλενας Βενιζέλου 2**  
**Τηλέφ.:2271350-108, 2271350-254**

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ**  
**Γ.Ν. ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ" ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ**  
**ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ**  
**ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

Η Διοικήτρια του Γενικού Νοσοκομείου Χίου «Σκυλίτσειο», έχοντας υπόψη:

Τις διατάξεις:

1. Τις διατάξεις του Ν. 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» όπως αυτός τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε από τον Ν.3370/05 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις» και τον Ν.3527/07 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».
2. Την υπ' αρ. πρωτ. Γ4β/Γ.Π.οικ.45677/17.07.2020 Απόφαση του Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ 545/τ. ΥΟΔΔ/23.07.2020) του άρθρου 6 του ν. 5046/29-7-2023 το άρθρο 16 του Ν. 5057/2023 και την αρ. Γ4β/Γ.Π.οικ.68330/21-12-2023 ΚΥΑ του Υπουργείου Υγείας
3. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 41 του Ν. 4058/2012 (ΦΕΚ 63/Α' /2012), όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.
4. Την αριθμ. 65/22-11-2023 (θέμα 22<sup>ο</sup> ) Απόφαση Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Ν. Χίου "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ" και την αριθμ. 2043/7-2-2024 βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης
5. Την αριθμ.Γ4β/9102/24-4-2024 απόφαση του Υπουργείου Υγείας «Έγκριση συνεργασίας Γ.Ν. Χίου " ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ" με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Παθολογικής Ανατομικής, με καθεστώς έκδοσης από αυτόν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών».
6. Την αριθμ. 38/27-5-2024 (θέμα 38<sup>ο</sup>) Απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Ν. Χίου "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ" περί έγκρισης διενέργειας Πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Παθολογικής Ανατομικής με καθεστώς έκδοσης από αυτόν δελτίου Α.Π.Υ
7. Την αρ. Υ4α/οικ. 122810/ Κ.Υ.Α. « Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Χίου "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ"(ΦΕΚ 3461/Β' 2012) όπως ισχύει.

**ΠΡΟΒΑΙΝΟΥΜΕ**

Σε πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συνεργασία ενός ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Παθολογικής Ανατομικής, για τη κάλυψη των αυξημένων αναγκών του Παθολογοανατομικού Τμήματος του Γ.Ν. Χίου "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ" υπό το καθεστώς

έκδοσης από αυτόν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών», με 7ωρη καθημερινή πρωινή απασχόληση εβδομαδιαίως και εφημεριακή κάλυψη έντεκα (11) εφημεριών το μήνα.

Α/Α	ΦΟΡΕΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
1.	Γ.Ν.ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ"	1	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ	12 ΜΗΝΕΣ

### **ΘΕΣΗ - ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ**

Ο ιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του στο Παθολογοανατομικό τμήμα του Γ.Ν Χίου για την πραγματοποίηση πρωινού ωραρίου στο τακτικό ωράριο των νοσοκομειακών ιατρών δηλαδή επτάωρο συνεχές από 08:00 έως 15:00 και έως έντεκα (11) εφημεριών το μήνα για χρονικό διάστημα δώδεκα (12) μηνών. Ο ιατρός θα τελεί υπό την εποπτεία της Προσωρινά Προϊσταμένης του Παθολογοανατομικού τμήματος, του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας και του Διοικητή του Γ.Ν. Χίου.

### **ΑΜΟΙΒΗ**

Η αμοιβή των παρεχόμενων υπηρεσιών του Ιατρού με ειδικότητα Παθολογικής Ανατομικής για την πραγματοποίηση πρωινού ωραρίου εβδομαδιαίως και έως έντεκα (11) εφημεριών το μήνα, με προϋπολογισμό είκοσι έξι χιλιάδων τετρακοσίων (26.400) ευρώ συμπεριλαμβανομένων Φ.Π.Α., λοιπών κρατήσεων και ασφαλιστικών εισφορών.

### **Οι υποψήφιοι πρέπει να:**

1. Κατέχουν την Ελληνική ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από κράτη μέλη της Ε.Ε.
2. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την ιδιότητα των Δημοσίων Υπαλλήλων.
3. Οι άντρες υποψήφιοι να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να κατέχουν Πιστοποιητικό Νόμιμης Απαλλαγής από αυτές.
4. Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.
5. Να κατέχουν άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
6. Να κατέχουν τίτλο αντίστοιχης με τη θέση ιατρικής ειδικότητας.
7. Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
8. Εφόσον επιλεγθούν να προσκομίσουν βεβαίωση έναρξης από την Δ.Ο.Υ. της επαγγελματικής τους έδρας ως επιτηδευματίες ή βεβαίωση εργοδότη για την αποδεδειγμένη απασχόληση με σχέση εργασίας ή σύμβαση έργου στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα.

### **ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

1. Αίτηση – δήλωση υποψηφιότητας (επισυνάπτεται σχετικό υπόδειγμα)
2. Υπεύθυνη Δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα
3. Αντίγραφο αστυνομικού Δελτίου Ταυτότητας
4. Αντίγραφο πτυχίου.

Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητα 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.

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 Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή αντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση να φαίνεται ότι τα αντίγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί από δικηγόρο.

5. Αντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος.

6. Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου Ιατρικής Ειδικότητας.

7. Βεβαίωση εγγραφής Ιατρικού Συλλόγου στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.

8. Πιστοποιητικά Υγείας από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο.

9. Υπεύθυνη Δήλωση θεωρημένη αρμοδίως και νομίμως για την γνησιότητα της υπογραφής ότι μέχρι και την ημέρα υποβολής της αίτησης τους είναι:

- Ασφαλιστικά ενήμεροι ως προς τις υποχρεώσεις τους, που αφορούν εισφορές κοινωνικής ασφάλισης (κύριας και επικουρικής)
- Φορολογικά ενήμεροι ως προς τις φορολογικές υποχρεώσεις

12. Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα.

### **ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν την αίτηση συμμετοχής μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά είτε αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή, είτε ταχυδρομικά στην διεύθυνση:

**«ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ «ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ»**

**ΕΛΕΝΑΣ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 2 Τ.Κ. 82131 ΧΙΟΣ»**

με την ένδειξη «για την πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Παθολογικής Ανατομίας».

Όσοι ιατροί ενδιαφέρονται για την θέση, πρέπει να υποβάλλουν αίτηση μέσα σε αποκλειστική προθεσμία πέντε (5) ημερών από την ημέρα ανάρτησης της πρόσκλησης αυτής, δηλαδή από 10-6-2024 έως και 14-6-2024.

Ως ημερομηνία κατάθεσης σε περίπτωση αποστολής των αιτήσεων ταχυδρομικώς, λογίζεται η ημερομηνία αποστολής του φακέλου, η οποία αποδεικνύεται από τη σφραγίδα ταχυδρομείου ή με αποδεικτικό της εταιρείας ταχυμεταφοράς, ο οποίος φάκελος μετά την αποσφράγισή του επισυνάπτεται στην αίτηση του υποψηφίου. Αιτήσεις που θα υποβληθούν εκπρόθεσμα δεν θα ληφθούν υπόψη.

Η παρούσα Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ και στην ηλεκτρονική Διεύθυνση του Νοσοκομείου μας ([www.xioshosp.gr](http://www.xioshosp.gr)). Επίσης αποστέλλεται ηλεκτρονικά στην 2η Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στον Ιατρικό Σύλλογο Χίου.

**Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ**

**ΕΛΕΝΗ ΚΑΝΤΑΡΑΚΗ**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ  
ΘΕΣΗ:.....

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα πατρός:

Αριθμός τηλεφώνου:

e-mail:

Ημερομηνία γέννησης:

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 πρόταση μου γίνει δεκτή.

Ημερομηνία:

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**

- 2<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. Πειραιώς & Αιγαίου - Δ/ση Ανάπτ. Ανθρ. Δυναμικού
- Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος
- Ιατρικός Σύλλογος Χίου