



0001114404

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 6<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤ.ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ  
Λ.ΑΘΗΝΩΝ 53, 20132  
ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΟΙΚΗΤΗ  
ΤΗΛ: 2741361809-810  
FAX: 2741020529

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΙΑΤΡΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΤΟΥ Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ**

Έχοντας υπόψη τις διατάξεις:

1. Του Ν.3329/2005 όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε από το Ν.3370/2005, το Ν.3527/2007 και το Ν.3868/2010.
2. Της παρ.4 του άρθρου 9 του Π.Δ.80/2016 (ΦΕΚ.145/Α/2016).
3. Του άρθρου δέκατου τέταρτου της από 13-04-2020 Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου (ΦΕΚ.84/Α/2020) όπως κυρώθηκε με το αρ.1 του Ν.4690/2020.
4. Του άρθρου όγδοου της από 10-08-2020 Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου (ΦΕΚ.157/Α/2020).
5. Την αριθμ.Γ4β/ΓΠοικ.66159/18-09-2019 απόφαση του Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ.761/Υ.Ο.Δ.Δ./2019) περί διορισμού Διοικητή της 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ.
6. Την αρ.Γ4β/Γ.Π.οικ.41763/02-07-2020 απόφαση κατανομής ιδιωτών ιατρών σε δημόσια νοσοκομεία μεταξύ των Υ.ΠΕ. για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών του Υφυπουργού Υγείας που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ.2771/Β/2020.
7. Το αρ.πρ.20402/02-09-2020 έγγραφο του Γ.Ν. Κορίνθου.
8. Την αρ.πρ.41428/07-09-2020 απόφαση έγκρισης συνεργασίας του ΓΝ Κορίνθου με εξωτερικούς συνεργάτες, ιδιώτες ιατρούς Παθολογίας με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών του Διοικητή της 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ.
9. Τον οργανισμό του Γ.Ν. Κορίνθου (ΦΕΚ. 3284/Β/10-12-2012).
10. Την αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ. 590/07-01-2020 απόφαση του Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ.5/Υ.Ο.Δ.Δ./2020) περί διορισμού Διοικητή του Γ.Ν. Κορίνθου.
11. Τις υπηρεσιακές ανάγκες για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του Παθολογικού Τμήματος του Γ.Ν. Κορίνθου.

**Το Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου** για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών δημόσιας υγείας λόγω της διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 καθώς και για την κάλυψη αναγκών σε προσωπικό, ενδιαφέρεται να συνεργαστεί με τρεις (3) ιδιώτες ιατρούς ειδικότητας ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών για διάρκεια δύο (2) μηνών, με δυνατότητα παράτασης συνεργασίας για δύο (2) ακόμη μήνες και για χρονικό διάστημα που δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 31 Δεκεμβρίου 2020, όπως παρακάτω:

**-Συνεργασία με έναν (1) ιατρό Παθολόγο** για παροχή υπηρεσιών κατά το τακτικό ωράριο των νοσοκομειακών ιατρών δηλαδή επτάωρο, συνεχές, πρωινό και πενθήμερο από Δευτέρα έως Παρασκευή, από 8:00 έως 15:00 και για συμμετοχή στο πρόγραμμα εφημεριών του Παθολογικού Τμήματος ανάλογα με τις ανάγκες του τμήματος.

**-Συνεργασία με δύο (2) ιατρούς Παθολόγους** για παροχή υπηρεσιών έως δεκαπέντε (15) ημέρες το μήνα κατά το τακτικό ωράριο των νοσοκομειακών ιατρών δηλαδή επτάωρο, συνεχές, πρωινό και πενθήμερο από Δευτέρα έως Παρασκευή, από 8:00 έως 15:00 και για συμμετοχή στο πρόγραμμα εφημεριών του Παθολογικού τμήματος ανάλογα με τις ανάγκες του τμήματος.

### **Οι υποψήφιοι πρέπει:**

1. Να έχουν την Ελληνική Ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από κράτη μέλη της Ε.Ε.
2. Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
3. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
4. Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.
5. Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στη Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες.
6. Να έχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

### **Δικαιολογητικά**

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται και θα κατατεθούν με την αίτηση υποψηφιότητας είναι τα εξής:

1. Αίτηση (Παράρτημα Ι).
2. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
3. Αντίγραφο αστυνομικού δελτίου ταυτότητας.
4. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
5. 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 αριθμ.ΔΙΣΚΠΟ/Φ.15/οικ.8342/1-4-2014 (ΑΔΑ:ΒΙΗΟΧ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/Φ Α.2.3/21119/1-9-2014 (ΑΔΑ:ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίου 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.
6. Αντίγραφο απόφασης άδειας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος.
7. Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας.
8. 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.
9. Πιστοποιητικά υγείας από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο.
10. Φορολογική Ενημερότητα.
11. Ασφαλιστική Ενημερότητα.
12. Βιογραφικό.

### **Αμοιβή**

Η μηνιαία αμοιβή για παροχή υπηρεσιών τακτικού ωραρίου των ιατρών καθορίζεται σύμφωνα με το άρθρο δέκατο τέταρτο της από 13-04-2020 Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου (ΦΕΚ.84/Α/2020) όπως κυρώθηκε με το αρ.1 του Ν.4690/2020 και αντικαταστάθηκε με το άρθρο όγδοο της από 10-08-2020 Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου (ΦΕΚ.157/Α/2020) και διαμορφώνεται ανάλογα με το χρονικό πλαίσιο των ημερών απασχόλησης. Οι ιατροί δύναται, με απόφαση του Διοικητή του Νοσοκομείου και τη σύμφωνη γνώμη του Διευθυντή του Τμήματος να συμμετέχουν στις εφημερίες του Νοσοκομείου με αμοιβή ίση με αυτή του Επιμελητή Β΄.

### **Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής**

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής με τα απαραίτητα δικαιολογητικά αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, είτε και ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή ή με εταιρεία ταχυμεταφοράς από **14 Σεπτεμβρίου 2020 μέχρι και 18 Σεπτεμβρίου 2020**, στη Γραμματεία του Νοσοκομείου κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες στην Διεύθυνση:

«ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ, ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΟΙΚΗΤΗ, Λεωφ. Αθηνών 53, ΤΚ 20131, Κόρινθος» με την ένδειξη «**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΙΑΤΡΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΤΟΥ Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ**».

Για τις αιτήσεις που θα αποσταλούν ταχυδρομικώς η ημερομηνία υποβολής προκύπτει είτε από την σφραγίδα του ταχυδρομείου είτε από το αποδεικτικό παράδοσης στην εταιρεία ταχυμεταφοράς.

Αιτήσεις που υποβάλλονται μετά την λήξη της προθεσμίας δεν γίνονται δεκτές.

Η τελική επιλογή θα γίνει από την Διοίκηση του Γ.Ν. Κορίνθου.

Η παρούσα πρόσκληση αναρτάται στην ΔΙΑΥΓΕΙΑ, στην ιστοσελίδα και τον πίνακα ανακοινώσεων του Νοσοκομείου και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στον Ιατρικό Σύλλογο Κορίνθου.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ  
ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ

ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΚΑΡΠΟΥΖΗΣ

### **ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ**

**1)** 6<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου,

και Δυτ. Ελλάδας- Υπάτης 1, ΤΚ. 26441, Πάτρα Fax:2610423573, 2610430790

**2)** Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο-Πλουτάρχου 3- ΤΚ.10675-ΑΘΗΝΑ -Fax:2107258663

**3)** Ιατρικό Σύλλογο Κορινθίας – Αδειμάντου 63, ΤΚ.20131, Κόρινθος-Fax:2741023024

### **ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ**

Γραφείο Διοικητή-Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας- Πρόεδρο Ε.Σ.- Δ/ντή Παθολογικού Τομέα Ιατρικής Υπηρεσίας

Δ/ντή Παθολογικού Τμήματος

Δ/ντή-Υπ/ντρια Δ/κού-Οικ/κού- Τμ.Διαχ.Ανθρ/νου Δυναμικού-Τμ. Οικονομικό

Πίνακα Ανακοινώσεων

**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:

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

B) 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: