



ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ5η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ
"ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ"Ταχ. Δ/ση: Τσακάλωφ 1, 41221, Λάρισα
Πληροφορίες: Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού
Τηλέφωνο: 2413 - 504331
e-mail: gen.nosokomeio.laris@0544syzefxis.gov.gr

Λάρισα,

Αρ. Πρωτ. 3939/02-02-2024

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΕΝΑΝ (1) ΙΑΤΡΟ
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΑΠΟ ΑΥΤΟΝ ΔΕΛΤΙΟΥ
ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.**

Ο Διοικητής του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ»,

Έχοντας υπόψη:

1. Την αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.44816/14.07.2020 Απόφαση του Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ 523/17-07-2020 τ. Υ.Ο.Δ.Δ.) με θέμα «Διορισμός Διοικητή στο Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ ΚΑΙ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ», Βλαχάκη Γρηγορίου», η θητεία του οποίου παρατάθηκε με τις διατάξεις του άρθρου 6 του ν.5046/2023 (ΦΕΚ 137, τ. Α'/29-07-2023) και του άρθρου 16 του ν.5057/2023 (ΦΕΚ 164, τ. Α'/06-10-2023).
2. Την αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.68308/21-12-2023 Κοινή Απόφαση του Υπουργού και Υφυπουργού Υγείας (ΦΕΚ 1390/ τ. Υ.Ο.Δ.Δ./27-12-2023) με θέμα «Παράταση θητείας του Διοικητή στο Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ ΚΑΙ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ», αρμοδιότητας της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, κ. ΒΛΑΧΑΚΗ ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ».
3. Τις διατάξεις του άρθρου 7, του Ν. 3329/2005, (ΦΕΚ 81/τ.Α'/04-04-2005), περί αρμοδιοτήτων του Διοικητή όπως τροποποιήθηκαν-συμπληρώθηκαν και ισχύουν.
4. Τις διατάξεις του άρθρου 165 του Ν.4600/2019(ΦΕΚ 43/ τ.Α'/9-3-2019/ περί «Επαναφοράς Διοικητικής και περιουσιακής αυτοτέλειας σε Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.».
5. Την υπ' αρ.Υ4α/οικ.39182/10-4-2012 ΚΥΑ (ΦΕΚ 1249/τ. Β'/11-4-2012) «Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ»», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
6. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 41 του Ν.4058/2012 (ΦΕΚ 63/Α/2012) όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε με το άρθρο 5 του νόμου 5046/2023 (ΦΕΚ 137/Α'/ 29-07-2023).
7. Το υπ. αριθμ. 80385/28-09-2023 (αρ. πρωτ. εισερχ. 28917/02-10-2023) έγγραφο της 5^{ης} Υ.ΠΕ με θέμα: Αναγνώριση του Ιατρείου Απεικονιστικού Ελέγχου και παρακολούθησης Αιμοσφαιρινοπαθειών και Σπανίων Αιματολογικών Νοσημάτων του Γ.Ν. Λάρισας ως εξειδικευμένου Ακτινολογικού Εργαστηριακού Κέντρου Εμπειρογνωμοσύνης.
8. Την αρ.πρωτ. 34533/15-11-2023 Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης του ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ»..
9. Την αριθμ. πρωτ. Γ4β/63221/11-12-2023 Απόφαση του Υφυπουργού Υγείας με θέμα: «Έγκριση συνεργασίας του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ» με (1) έναν ιατρό ειδικότητας ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών.

10. Τις υπηρεσιακές ανάγκες του Νοσοκομείου και δη του Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος σε ιατρό ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής, εξειδικευμένο στην Καρδιαγγειακή Απεικόνιση στο πλαίσιο του μνημονίου συνεργασίας με το Εργαστήριο Ακτινολογίας του Π.Γ.Ν.Λάρισας διενέργειας Μαγνητικής Τομογραφίας καρδιάς και του πρωτοκόλλου Μαγνητικής Τομογραφίας Καρδιάς για τους ασθενείς με Αιμοσφαιρινοπάθειες, το οποίο εκπονείται στο Ακτινολογικό Τμήμα του Γ.Ν. Λάρισας.

Το Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ ΚΑΙ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ», προκειμένου να καλύψει ανάγκες του Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος του Νοσοκομείου, ενδιαφέρεται για συνεργασία με έναν (1) ιατρό ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής με καθεστώς έκδοσης, από μέρους του, δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες του, για χρονικό διάστημα δώδεκα (12) μηνών και για μία (1) ημέρα την εβδομάδα.

Για την ανωτέρω θέση **θα προτιμηθούν, κατά προτεραιότητα** υποψήφιοι με πιστοποιητικό εξειδίκευσης στην καρδιαγγειακή απεικόνιση, δεδομένης της Δια τμηματικής Επιστημονικής Συνεργασίας του Ακτινολογικού Τμήματος του Γ.Ν. Λάρισας με το Εργαστήριο Ακτινολογίας – Ιατρικής Απεικόνισης του Π.Γ.Ν. Λάρισας, και του πρωτοκόλλου Μαγνητικής Τομογραφίας Καρδιάς για τους ασθενείς με Αιμοσφαιρινοπάθειες, το οποίο εκπονείται στο Ακτινολογικό Τμήμα του Γ.Ν. Λάρισας.

Προϋποθέσεις των υποψηφίων για τη συμμετοχή τους στην πρόσκληση:

• **Για την κατάληψη της ανωτέρω θέσης απαιτείται οι υποψήφιοι /ες:**

1. Να είναι Έλληνες πολίτες (Φωτοτυπία της ταυτότητας ή του διαβατηρίου από το οποίο θα προκύπτει ότι ο κάτοχος είναι Έλληνας υπήκοος ή υπήκοος χώρας μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι σύζυγοι Ελλήνων υπηκόων ή υπηκόων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, θα υποβάλλουν φωτοαντίγραφο δελτίου μόνιμης διαμονής μέλους οικογένειας πολίτη της Ένωσης. Οι υπήκοοι τρίτων χωρών θα υποβάλλουν φωτοαντίγραφο του δελτίου παραμονής επί μακρόν ή φωτοαντίγραφο μπλε κάρτας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή φωτοαντίγραφο δελτίου άδειας παραμονής ομογενούς ή φωτοαντίγραφο δελτίου παραμονής δεύτερης γενιάς.
2. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με τη δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
3. Να έχουν υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
4. Οι άντρες, μέχρι τη λήξη της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων, να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νομίμως απαλλαγεί από αυτές και να μην είναι ανυπότακτοι ή να μην έχουν καταδικαστεί για λιποταξία με τελεσίδικη απόφαση.
5. Δεν ισχύει περιορισμός ορίου ηλικίας (παρ. 2, αρ. 4, του Ν.4528/2018).
6. Να είναι εγγεγραμμένοι στη Δ.Ο.Υ. ως επιτηθευματίες και σε περίπτωση που δεν είναι, να εγγραφούν όταν προσληφθούν.
7. Να είναι εγγεγραμμένοι στον Ιατρικό Σύλλογο Λάρισας και σε περίπτωση που δεν είναι, να εγγραφούν όταν προσληφθούν.

8. Πτυχίο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου ημεδαπής ή αλλοδαπής, νόμιμα αναγνωρισμένο. α) Πτυχίο.
9. Άδεια άσκησης Ιατρικού επαγγέλματος.
10. Τίτλο αντίστοιχης με τη θέση ιατρικής ειδικότητας.

Διαδικασία Αξιολόγησης

Οι υποψηφιότητες θα αξιολογηθούν από τριμελή επιτροπή αξιολόγησης, η οποία θα συγκροτηθεί στην περίπτωση εκδήλωσης ενδιαφέροντος. Υποβληθείσα αίτηση η οποία δεν πληροί τις προϋποθέσεις υποβολής και όλα τα απαιτούμενα για τη θέση δικαιολογητικά και προσόντα δεν βαθμολογείται και απορρίπτεται.

Υποβολή αίτησης συμμετοχής:

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής, η οποία επέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά με τους ακόλουθους τρόπους:

- Αυτοπροσώπως στην Υπηρεσία, διαμέσου του Τμήματος Γραμματείας Πρωτοκόλλου.
- Ταχυδρομικά με απόδειξη στη Διεύθυνση: «ΤΣΑΚΑΛΩΦ 1 41221 ΛΑΡΙΣΑ», με την ένδειξη: «Για την πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιατρό ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής στο Γ.Ν.ΛΑΡΙΣΑΣ «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ».

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 μετά την αποσφράγιση του επισυνάπτεται στην αίτηση των υποψηφίων.

Οι ενδιαφερόμενοι μαζί με την αίτησή τους, πρέπει να υποβάλουν:

1. Αντίγραφο των δυο όψεων της αστυνομικής ταυτότητας.
2. Αντίγραφο τίτλων σπουδών(πτυχίο, μεταπτυχιακό , εξειδίκευση κλπ).
3. Αντίγραφο άδειας άσκησης επαγγέλματος.
4. Αντίγραφο άδειας χρησιμοποίησης τίτλου ειδικότητας.
5. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
6. Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α' για άνδρες (ή βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του Ελληνικού Στρατού. Όπου στο τύπο Α' προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή θα πρέπει να υπερβαίνει το έτος από την ημερομηνία λήξης της πρόσκλησης
7. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία να αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για ποινικά αδικήματα.
8. Σύντομο Βιογραφικό.

Με την πρόσληψη ο/η ενδιαφερόμενος/η επιλεγέντας ιατρός θα υπογράψει σχετική σύμβαση παροχής υπηρεσιών με το Νοσοκομείο, έναντι συνολικής αμοιβής έως του ποσού έξι χιλιάδων, οκτακοσίων ενενήντα ευρώ (6.890,00 ευρώ).

Στο παραπάνω ποσό θα διενεργηθούν όλες οι νόμιμες κρατήσεις.

Η χρονική περίοδος υποβολής των αιτήσεων ορίζεται από **Δευτέρα 05/02/2024** έως και **Παρασκευή 16/02/2024**.

Αιτήσεις που θα υποβληθούν μετά την 16/02/2024 δεν θα ληφθούν υπόψη.

Η πρόσκληση αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3861/2010 και στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου και της 5^{ης} ΥΠΕ Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΒΛ.ΒΛΑΧΑΚΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ :

1. Υπουργείο Υγείας
Δ/ση Ανθρώπινου Δυναμικού Ν.Π

Τμήμα Ιατρών ΕΣΥ

email:dpnr_a@moh.gov.gr
2. Ιατρικός Σύλλογος Λάρισας
Email: iatriko2@otenet.gr
3. 5^η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και
Στερεάς Ελλάδος (προκειμένου να αναρτηθεί στον ιστοτοπό της)

Email: hr@dypethessaly.gr

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1. Διοικητή
2. Αν. Προϊστάμενο Δ/σης Διοικητικού -Οικονομικού
3. Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας
4. Πίνακα Ανακοινώσεων