



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
**6 η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ**  
**ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ**  
**ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**  
**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ**  
**«ΑΓΙΑ ΕΙΡΗΝΗ»**

Κέρκυρα, 29/08/2023  
 Αρ. πρωτ.19834

**Δ/ΝΣΗ : Διοικ/κης- Οικ/κης Υπηρεσίας**  
**Τμήμα : Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού**

Ταχ. Διεύθυνση: Κοντόκαλι  
 49100 Κέρκυρα  
 Τηλέφωνο: 2661360643,545  
 Πληροφορίες:Αγγ.Γλυκιώτη  
 Email :tmprosop@gnkerkyras.gr

#### **ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

**ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ Γ.Ν.ΚΕΡΚΥΡΑΣ ΜΕ ΕΞΙ (6) ΙΔΙΩΤΕΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ, ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ, ΓΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ, ΜΗΝΙΑΙΩΣ, ΜΙΑΣ ΕΝΕΡΓΗΣ (24ΩΡΗΣ) ΕΦΗΜΕΡΙΑΣ, ΓΙΑ ΚΑΘΕΝΑ ΕΞ' ΑΥΤΩΝ ΚΑΙ ΓΙΑ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΤΡΙΩΝ (3) ΜΗΝΩΝ.**

Η Διοικήτρια του Γ.Ν.Κέρκυρας, έχοντας υπόψη :

1. Τις διατάξεις του άρθρου 7 του ν.3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α/2005), περί αρμοδιοτήτων του Διοικητή του Νοσοκομείου, όπως αυτές τροποποιήθηκαν, συμπληρώθηκαν και ισχύουν σήμερα.
2. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 41 του ν.4058/2012 (ΦΕΚ 63/Α/2012), όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.
3. Τις διατάξεις της παρ. 4 του αρθ. 9 του π.δ.80/2016 (ΦΕΚ 145/Α/2016).
4. Την αριθμ. Γ4β/Γ.Π. 4435/31-01-2023 Απόφαση (ΦΕΚ 85/Υ.Ο.Δ.Δ./02-02-2023), με την οποία διορίσθηκε ως Διοικήτρια του Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας η ΕΓΓΛΕΖΟΠΟΥΛΟΥ ΑΔΑΜΑΝΤΙΑ του Ευστρατίου.
5. Την με α.π. Γ4β/41033/25-08-2023 Απόφαση του Υφυπουργού Υγείας, με θέμα : «Έγκριση συνεργασίας του Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας με έξι (6) ιατρούς ειδικότητας Ακτινολογίας, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών».
6. Την με α.π. Β2α/οικ.44337/23-08-2023 βεβαίωση του ΓΔΟΥ του Υπουργείου Υγείας.
7. Την με υπ.αρ. 22-26/29-06-2023 Απόφαση Δ.Σ., με θέμα «Εφημέρευση Ακτινολογικού Τμήματος από ιδιώτες ιατρούς».
6. Την με α.π. 16840/21-07-2023 βεβαίωση δέσμευσης πίστωσης του Οικονομικού Τμήματος του Γ.Ν.Κέρκυρας,
7. Το γεγονός ότι δεν υπάρχει ιατρός ειδικότητας Ακτινολογίας στον κατάλογο επικουρικών ιατρών που τηρείται στην 6<sup>η</sup> Υ.Πε., με προτίμηση το Γ.Ν.Κέρκυρας.
8. Την ανάγκη κάλυψης επειγουσών αναγκών του Ακτινολογικού Εργαστηρίου του Νοσοκομείου,

#### **Προσκαλεί/ενδιαφέρεται**

για συνεργασία με έξι (6) ιδιώτες ιατρούς ειδικότητας Ακτινολογίας, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για την πραγματοποίηση, μηνιαίως, μίας (1) ενεργής 24 ωρης εφημερίας, για καθένα εξ' αυτών, για χρονικό διάστημα τριών (3) μηνών.

**Ωράριο εργασίας**

Έκαστος από τους προσλαμβανόμενους ιατρούς θα πραγματοποιεί μηνιαίως, μία (1) ενεργή (24 ωρη ) εφημερία, για χρονικό διάστημα τριών (3) μηνών.

**Αμοιβή**

Η αμοιβή των ιατρών για την πραγματοποίηση μίας (1) ενεργής (24ωρης) εφημερίας απασχόλησης/μήνα, ανέρχεται στο ποσό των διακοσίων πενήντα ευρώ (250,00€).

**Απαιτούμενα προσόντα/ δικαιολογητικά :**

Οι υποψήφιοι/οι θα πρέπει:

- α) Να έχουν την Ελληνική ιθαγένεια ή ιθαγένεια Κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- β) Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης.
- γ) Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την ιδιότητα των δημοσίων υπαλλήλων.
- δ) Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.
- ε) Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στην Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες.
- στ) Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

**Δικαιολογητικά:**

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

- 1.Αίτηση- δήλωση υποψηφιότητας (υπόδειγμα αίτησης επισυνάπτεται στην παρούσα σε μορφή pdf).
2. Αντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή αντίγραφο διαβατηρίου.
3. 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 σύμφωνα με τα οριζόμενα στις 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.
4. Αντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
5. Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ιατρικής ειδικότητας, αντίστοιχο με την ζητούμενη θέση.
6. Βεβαίωση εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο Κέρκυρας.
- 7.Σύντομο βιογραφικό σημείωμα και έγγραφα/βεβαιώσεις απόδειξης εμπειρίας εφόσον υπάρχει.
8. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
- 9.Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
10. Φορολογική και ασφαλιστική ενημερότητα.
11. Υπεύθυνη δήλωση (για τους άνδρες) ότι έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή ότι έχουν νόμιμη απαλλαγή.
- 12.Βεβαίωση από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο.

**Υποβολή αιτήσεων:** Οι ενδιαφερόμενοι ιατροί μπορούν να υποβάλουν την αίτηση τους (η οποία επέχει και θέση υπεύθυνης Δήλωσης) μαζί με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά είτε αυτοπροσώπως

στη Γραμματεία του Γ.Ν.Κέρκυρας είτε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο email: [protokolo@gnkerkyras.gr](mailto:protokolo@gnkerkyras.gr) (με σκαναρισμένο το σύνολο της αίτησης με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά).

**Η χρονική περίοδος υποβολής των αιτήσεων ορίζεται σε πέντε (5) εργάσιμες ημέρες από 30/08/2023 έως και 05/09/2023.** Αιτήσεις που θα υποβληθούν εκπρόθεσμα δεν θα ληφθούν υπόψη.

Σε περίπτωση που υποβληθούν περισσότερες των έξι (6) υποψηφιοτήτων η επιλογή θα πραγματοποιηθεί με μοριοδότηση από Επιτροπή που θα οριστεί για τον σκοπό αυτό.

Η παρούσα Απόφαση θα αναρτηθεί στην ΔΙΑΥΓΕΙΑ καθώς και στην ιστοσελίδα του Γ.Ν.Κέρκυρας.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν.ΚΕΡΚΥΡΑΣ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

ΑΔΑΜΑΝΤΙΑ ΕΓΓΛΕΖΟΠΟΥΛΟΥ

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ :**

- 1.Διοίκηση 6<sup>ης</sup>Υ.ΠΕ.
- 2.Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος
- 3.Ιατρικός Σύλλογος Κέρκυρας

**ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ :**

Γραφείο Διοικήτριας  
Δ/ντρια Ιατρικής Υπηρεσίας  
Επιστημονικό Συμβούλιο  
Συντ/τη Δ/ντη Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος  
Πίνακες ανακοινώσεων

**ΑΙΤΗΣΗ**

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Όνομα Μητρός:

Ημερομηνία Γέννησης:

ΑΜΚΑ:

ΑΦΜ :

Α. Δ.Τ.:

Διεύθυνση κατοικίας:

Κινητό τηλέφωνο:

Σταθερό τηλέφωνο:

Email:

**Θέμα: Αίτηση για συνεργασία με το Γ.Ν.Κέρκυρας, ως ιδιώτης ιατρός ειδικότητας Ακτινολογίας, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για πραγματοποίηση, μηνιαίως, μίας (1) ενεργής (24ωρης) εφημερίας, για χρονικό διάστημα τριών (3) μηνών.**

Ημερομηνία...../...../2023

**ΠΡΟΣ: Γ.Ν. ΚΕΡΚΥΡΑΣ -ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ**

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ: ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ Γ.Ν.ΚΕΡΚΥΡΑΣ**

Παρακαλώ όπως δεχτείτε την αίτηση και τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, για τη θέση ιδιώτη ιατρού ειδικότητας Ακτινολογίας, για την πραγματοποίηση μίας (1) Ενεργής (εικοσιτετράωρης) εφημερίας/ μήνα, για χρονικό διάστημα τριών (3) μηνών, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, σε εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 1 του αρθ. 41 του ν.4058/2012 (ΦΕΚ63/Α/2012) όπως τροποποιήθηκε ,συμπληρώθηκε και ισχύει.

**Συγκεκριμένα υποβάλλω:**

1. Αντίγραφο Αστυνομικού Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου .
2. Υπεύθυνη Δήλωση ότι δεν έχω καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την ιδιότητα των δημοσίων υπαλλήλων.
3. Αντίγραφο Πτυχίου.
4. Αντίγραφο άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
5. Τίτλος αντίστοιχης Ιατρικής Ειδικότητας.
6. Βεβαίωση εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο Κέρκυρας.
7. Φορολογική ενημερότητα.
8. Ασφαλιστική Ενημερότητα .
9. Σύντομο Βιογραφικό.
10. Έγγραφα/βεβαιώσεις εμπειρίας (εφόσον υπάρχουν) .
11. Υπεύθυνη δήλωση (για τους άνδρες) ότι έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή ότι έχουν νόμιμη απαλλαγή.
12. Βεβαίωση από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο.

Ο/Η Αιτ.....

.....

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)