



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

Δ/ΝΣΗ : Διοικ/κης- Οικ/κης Υπηρεσίας
Τμήμα : Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού
Ταχ. Διεύθυνση: Κοντόκαλι
49100 Κέρκυρα
Τηλέφωνο: 2661360643
Πληροφορίες: Αγγ. Γλυκιώτη
Email : tmprosop@gnkerkyras.gr

Κέρκυρα
Αρ. πρωτ

6η Υ.Πε.
Γ.Ν.ΚΕΡΚΥΡΑΣ <<ΑΓ.ΕΙΡΗΝΗ>>
ΑΡ.ΠΡΩΤ. : 26383
ΗΜ/ΝΙΑ: 07/11/2023



Προς: Τον Πρόεδρο και τα Μέλη του Ιατρικού
Συλλόγου Κέρκυρας

ΘΕΜΑ: «Συνεργασία ιδιωτών ιατρών με το Γ.Ν.Κέρκυρας».

- Σχετ.: 1. Οι διατάξεις της από 25.02. 2020 Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου, η οποία κυρώθηκε με τις διατάξεις του αρθ. 1 του ν. 4682/2020 (ΦΕΚ 76/Α/2020).
2. Οι διατάξεις του άρθρου 19 του ν. 4790/2021 (ΦΕΚ 48/Α/2021), όπως τροποποιήθηκαν και ισχύουν.
3. Οι διατάξεις του άρθρου πεντηκοστού πρώτου του ν. 4839/2021 (ΦΕΚ181/Α/2021), όπως τροποποιήθηκαν και ισχύουν.
4. Οι διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 91 του ν. 5041/2023, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

Σε εφαρμογή των ανωτέρω σχετικών, σας γνωρίζουμε ότι το Γ.Ν.Κέρκυρας ενδιαφέρεται να συνεργαστεί με ιδιώτες ιατρούς, με συμμετοχή τους είτε στο πρωινό ωράριο, είτε στο πρωινό ωράριο και στο πρόγραμμα εφημεριών, για τις κάτωθι ειδικότητες και θέσεις:

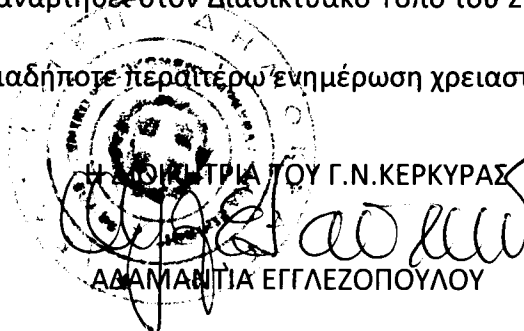
A/A	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ (ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΙΣΧΥΟΥΣΑ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ)
1	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ	2	ΕΩΣ 31/12/2023
2	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ με εμπειρία στους χρόνιους αιμοκαθαιρούμενους ασθενείς και στους χρόνιους ασθενείς με μεσογειακή αναιμία	1	ΕΩΣ 31/12/2023
3	ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ με εμπειρία στους χρόνιους αιμοκαθαιρούμενους ασθενείς και στους χρόνιους ασθενείς με μεσογειακή αναιμία	1	ΕΩΣ 31/12/23
4	ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ	1	ΕΩΣ 31/12/2023

Σε περίπτωση θετικής ανταπόκρισης παρακαλούνται οι ενδιαφερόμενοι ιατροί να αποστείλουν την αίτηση τους, σύμφωνα με το συνημμένο υπόδειγμα, με επισυναπτόμενα τα δικαιολογητικά που αναφέρονται σε αυτό, στην ηλεκτρονική διεύθυνση :tmprosop2@gnkerkyras.gr, έως και την Παρασκευή 10/11/2023.

Για την απασχόληση του προσερχόμενου προς ανάληψη υπηρεσία ιδιώτη ιατρού θα συναφθεί ατομική σύμβαση με τον Διοικητή της 6ης Υ.Πε., για χρονικό διάστημα έως και 31/12/2023, ως προβλέπει η κείμενη νομοθεσία.

Παρακαλούμε όπως το παρόν έγγραφο αναρτηθεί στον Διαδικτυακό Τόπο του Συλλόγου σας, προς ενημέρωση, των μελών σας.

Παραμένουμε στην διάθεσή σας για οποιαδήποτε περαιτέρω ενημέρωση χρειαστεί.



ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν.ΚΕΡΚΥΡΑΣ
ΑΔΑΜΑΝΤΙΑ ΕΓΓΛΕΖΟΠΟΥΛΟΥ

Κοινοποίηση :

Διοίκηση 6ης Υ.ΠΕ.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ :

Γραφείο Διοικήτριας

ΑΙΤΗΣΗ –ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΙΔΙΩΤΗ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΕΞΑΡΣΗΣ
ΤΟΥ ΚΟΡΩΝΟΪΟΥ COVID-19

ΠΡΟΣ

6η.....Υγειονομική Περιφέρεια

ΟΝΟΜΑ

ΕΠΙΘΕΤΟ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ

ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ

ΚΑΤΟΙΚΟΣ

ΑΦΜ

ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ

ΤΚ

ΤΗΛ

ΚΙΝ. ΤΗΛ.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να σημειώνουν
με ✓ ή X τα δικαιολογητικά που καταθέτουν
από την διπλανή λίστα με ευθύνη τους.

ΣΥΝΝΗΜΜΕΝΑ: Δικαιολογητικά

(Συμπληρώνεται ο αριθμός των δικαιολογητικών
που υποβάλλονται)

Διατίθεται να απασχοληθώ, στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας σύμφωνα με
τις διατάξεις του δεύτερου άρθρου της από 25.02.2020 Πράξης
Νομοθετικού περιεχομένου, όπως αυτή συμπληρώθηκε και
τροποποιήθηκε με τα άρθρα του Ν.4753/2020 και τα άρθρο 19 του
4790/2021.

ως ιδιώτης ιατρός:

προτιμήσεις:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ/ΚΥ (δηλώνεται νομός/οι ή και συγκεκριμένος
Φορέας/εις)

Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά:

1.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. Φωτοαντίγραφο πτυχίου Ελληνικού Πανεπιστημίου ή Πανεπιστημίου
κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης το οποίο θα συνοδεύεται από
φωτοαντίγραφο της μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της ισοτιμίας
ΔΟΑΤΑΠ όπου αυτό απαιτείται ή πτυχίου χώρας εκτός Ευρωπαϊκής
Ένωσης το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της μετάφρασης
και φωτοαντίγραφο της ισοτιμίας ΔΟΑΤΑΠ. ☐

3.Φωτοαντίγραφο άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος στη χώρα
μας. ☐

4. Άδεια χρήσης τίτλου ιατρικής ειδικότητας στη χώρα μας ☐

5. Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο του τρέχοντος έτους της
αίτησης. ☐

6.Βεβαίωση γνώσης της Ελληνικής γλώσσας (Δγ/10424/31-3-93 ΦΕΚ
263Β) Υπουργική Απόφαση) ☐

7. Πιστοποιητικό Εξειδίκευσης σε ΜΕΘ/MENN. ☐

Ημερομηνία

.....

Ο/Η Αιτών/ούσα