

1. ΔΗΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Μέσο: ΤΥΠΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Ημ. Έκδοσης: . . . 05/09/2019 Ημ. Αποδελτίωσης: . . . 05/09/2019

Σελίδα: 13

Innews AE - Αποδελτίωση Τύπου - <http://www.innews.gr>



Αρ.Πρωτ.: 2571
ΝΠΔΔ ΔΗΜΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ
(Κ.Α.Π.Η.) ΔΗΜΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
Δ/ση: Βασ.Όλγας 148 Τ.Κ.: 54645
Τηλ.: 2310 - 519584 / 550989
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ
ΣΜΕ 1/2019 ΤΟΥ Ν.Π.Δ.Δ. Κ.Α.Π.Η. ΔΗΜΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ του Ν.Π.Δ.Δ. Κ.Α.Π.Η. ΔΗΜΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
απευθύνει

Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για σύναψη συμβάσεων μίσθωσης έργου με τέσσερις (4) ΠΕ Ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων με αντικείμενο την εκτέλεση του έργου: «Παροχή ιατρικής φροντίδας σε μέλη των 14 Παραρτημάτων του Κ.Α.Π.Η. Δήμου Θεσσαλονίκης με προβλήματα υγείας» και συγκεκριμένα ανά υπηρεσία, έδρα, ειδικότητα και διάρκεια σύμβασης, με τα αντίστοιχα απαιτούμενα προσόντα :

ΕΔΡΑ ΚΩΔΙΚΟΣ - ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡ. ΘΕΣΕΩΝ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ	ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ
Γραφείο Διοίκησης Κ.Α.Π.Η. και Παραρτήματα 101 - ΠΕ Ιατρός Γενικής Ιατρικής	3	Από την υπογραφή της σύμβασης και μέχρι δώδεκα (12) μήνες	1 Πτυχίο ή δίπλωμα Ιατρικής Α.Ε.Ι της ημεδαπής ή ισότιμο πτυχίο ή δίπλωμα ιατρικής σχολών της αλλοδαπής 2 Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος ή βεβαίωση ότι πληροί όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος 3 Άδεια χρησιμοποίησης τίτλου αντίστοιχης ιατρικής ειδικότητας 4 Βεβαίωση ιδιότητας μέλους Ιατρικού Συλλόγου και 5 Βεβαίωση εκπλήρωσης της υπηρεσίας υπαίθρου, αποδεδειγμένη με βεβαίωση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή βεβαίωση του ίδιου Υπουργείου ότι δεν απαιτείται
Γραφείο Διοίκησης Κ.Α.Π.Η. 102 - ΠΕ Ιατρός Παθολόγος	1	Από την υπογραφή της σύμβασης και μέχρι δώδεκα (12) μήνες	1 Πτυχίο ή δίπλωμα Ιατρικής Α.Ε.Ι της ημεδαπής ή ισότιμο πτυχίο ή δίπλωμα ιατρικής σχολών της αλλοδαπής 2 Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος ή βεβαίωση ότι πληροί όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος 3 Άδεια χρησιμοποίησης τίτλου αντίστοιχης ιατρικής ειδικότητας 4 Βεβαίωση ιδιότητας μέλους Ιατρικού Συλλόγου και 5 Βεβαίωση εκπλήρωσης της υπηρεσίας υπαίθρου, αποδεδειγμένη με βεβαίωση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή βεβαίωση του ίδιου Υπουργείου ότι δεν απαιτείται

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να υποβάλουν την αίτηση με κωδικό ΕΝ-ΤΥΠΟ ΣΜΕ 4 μαζί με τα δικαιολογητικά τους, είτε αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή, είτε ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή στα γραφεία της υπηρεσίας μας στην ακόλουθη διεύθυνση: Γραφείο Διοίκησης Ν.Π.Δ.Δ. Κ.Α.Π.Η. Δήμου Θεσσαλονίκης (Γραφεία 101-102), 1ος όροφος, Βασ.Όλγας 148, 54645 Θεσσαλονίκη, κατά το χρονικό διάστημα 06/09/2019 - 16/09/2019, τις εργάσιμες μέρες και ώρες 09.00 - 14.00.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ν.Π.Δ.Δ.
Κ.Α.Π.Η. ΔΗΜΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ