ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΗΛΙΟΤΡΟΠΙΟ - Την πλήρωση δύο (2) θέσεων ΠΕ Ιατρών, ενός Ψυχιάτρου και ενός Παθολόγο ...

Πηγή:	ΕΣΤΙΑ	**Σελ.:**	9	**Ημερομηνία έκδοσης:**	10-12-2024
Αρθρογράφος:		**Επιφάνεια:**	324.02 cm²	**Κυκλοφορία:**	1080
Θέματα:	ΑΕΙ-ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ-ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ				

ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ
ΗΛΙΟΤΡΟΠΙΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ &ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
''ΚΩΣΤΗΣ ΜΠΑΛΛΑΣ''

ΛΩΤΟΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ

Λ. Αθηνών 30,
Μεταξουργείο,ΤΚ10441 Τηλ: 2107221707 - Fax: 210 3424024 e-mail: hcipc@otenet.gr

Αθήνα, 9/12/2024

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Έχοντας υπόψη:
1. Τον Ν. 2716/1999 (ΦΕΚ 96/Α/1999) για την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
2. Την με Αρ, Πρωτ. Υ5β/ΓΠ.οικ.40055 του 2001 Έγκριση Σκοπιμότητας για την ανάπτυξη δομών αποασυλοποίησης (οικοτροφεία) του τομέα ψυχικής υγείας
3. Την με Αρ. Πρωτ Υ5β/ΓΠ.50663 του 2004 Χορήγηση Άδειας Ίδρυσης Οικοτροφείου ΗΛΙΟΤΡΟΠΙΟ Ι
4. Την με Αρ. Πρωτ Υ5β/ΓΠ.558267 του 2009 Χορήγηση Άδειας Ίδρυσης Οικοτροφείου ΗΛΙΟΤΡΟΠΙΟ ΙΙ
5. Την με Αρ.Πρωτ. Υ5β/ΓΠ/74730 του 2014 Χορήγηση άδειας λειτουργίας του Οικοτροφείου ΗΛΙΟΤΡΟΠΙΟ Ι
6. Την με Αρ.Πρωτ. Α4β/ΓΠ/10301 του 2016 Χορήγηση άδειας λειτουργίας του Οικοτροφείου ΗΛΙΟΤΡΟΠΙΟ ΙΙ, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει
7. Τις διατάξεις του Ν 4412/2016 όπως τροποποιήθηκε και ισχύει
8. Την υπ.αρ. 9/05-12-2024 απόφαση του ΔΣ του ΕΚΔΨ&Π ''ΚΩΣΤΗΣ ΜΠΑΛΛΑΣ'' σχετικά με την έγκριση της παρούσας πρόσκλησης

Ο φορέας

ΠΡΟΚΗΡΥΣΣΕΙ

Την πλήρωση δύο (2) θέσεων ΠΕ Ιατρών, ενός Ψυχιάτρου και ενός Παθολόγου, με καθεστώς έκδοσης ΑΠΥ για την κάλυψη των αναγκών του Ε.Κ.Δ.Ψ.&Π. «ΚΩΣΤΗΣ ΜΠΑΛΛΑΣ». Οι ως ανω Ιατροί θα απασχοληθούν στις δομές του φορέα μας ΗΛΙΟΤΡΟΠΙΟ Ι & ΗΛΙΟΤΡΟΠΙΟ ΙΙ.

Η πρόσληψη θα γίνει με σύμβαση έργου, παροχή ανεξάρτητων υπηρεσιών, η διάρκεια της οποίας θα είναι σε ισχυ από την ημερομηνία υπογραφής και εως το τέλος του 2025.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

• Αντίγραφο Πτυχίου ή αντίγραφο δίπλωματος Ανώτατης Εκπαίδευσης της ημεδαπής ή ισότιμο πτυχίο ή δίπλωμα της αλλοδαπής
• Αντίγραφο Άδειας ασκήσεως επαγγέλματος
• Αντίγραφο απόφασης χορήγησης ΤΠΛΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ.
• Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.
• Να έχουν άριστη γνώση μιας ξένης γλώσσας της Ευρωπαϊκής Ένωσης
• Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν απαλλαγεί νόμιμα από αυτές.
• Να μην υπάρχει κώλυμα πρόσληψης από ποινική καταδίκη ή υποδικία ή δικαστική συμπαράσταση
• Τα ανωτέρω πρέπει να συντρέχουν τόσο κατά την τελευταία ημέρα προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων συμμετοχής, όσο και κατά το χρόνο πρόσληψης.
• Πιστοποιητικό γέννησης ή αντίγραφο του Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου όταν πρόκειται για πολίτη κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή αντίγραφο του Δικαιώματος Άδειας Εργασίας στην Ελλάδα.
• Φωτοτυπία των δύο όψεων της Αστυνομικής ταυτότητας ή ελλείψει ταυτότητας των κρίσιμων σελίδων του διαβατηρίου (δηλ. αυτών που αναφέρονται ο αριθμός και τα στοιχεία ταυτότητας κατόχου).

ΕΜΠΕΙΡΙΑ

• Να έχουν ειδίκευση σε επιστημονικό ή επαγγελματικό τομέα αρμοδιοτήτων, που αποδεικνύεται με αξιόλογη επιστημονική ενασχόληση (δημοσιεύσεις, συμμετοχή σε συνέδρια, ομάδες εργασίας κ.λπ.) ή αξιόλογη επαγγελματική απασχόληση ή επαρκείς γνώσεις και σημαντική εμπειρία, ανάλογη με τα αντικείμενα στα οποία θα απασχοληθούν.
• Πενταετή τουλάχιστον εμπειρία σε δομες αντίστοιχες με την δομή που αντιστοιχεί στη κάλυψη των θέσεων, ή εμπειρία σε ψυχογηρειατρικές δομές σε δημόσια νοσοκομεία
• Οι υποψήφιοι υποβάλλουν είτε αυτοπροσώπως απο Δευτέρα εως Παρασκευή 09:00-14:00, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή του υποψηφίου θεωρημένη από δημόσια αρχή, είτε ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή (στην περίπτωση αποστολής των αιτήσεων ταχυδρομικώς το εμπρόθεσμο των αιτήσεων κρίνεται με βάση την ημερομηνία και την ωρα που φέρει ο φάκελος, ο οποίος μετά την αποσφράγισή του επισυνάπτεται στην αίτηση των υποψηφίων), στο Τμήμα Διοίκησης, στην έδρα του φορέα Λ.Αθηνών 30, ΤΚ 10441, ή με e-mail στο hcipc@otenet.gr , διάρκεια δέκα ημέρων από την ημερομηνία δημοσίευσή της.

Ο φάκελος θα περιέχει Αίτηση – δήλωση σε ειδικό έντυπο (Παράρτημα). Η αίτηση - δήλωση συμπληρώνεται με ακρίβεια και σε όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνει. Αιτήσεις σε άλλο έντυπο ή αιτήσεις στις οποίες δεν έχουν συμπληρωθεί όλα τα απαιτούμενα στοιχεία, δεν γίνονται δεκτές.

Η κατάταξη διενεργείται μόνο εφόσον πληρούνται τα υποχρεωτικά προσόντα πρόσληψης, με μοναδικό κριτήριο την αύξουσα σειρά αίτησης.

Πληροφορίες για τυχόν διευκρινήσεις στο τηλέφωνο 217221707

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΔΣ
ΤΟΥ Ε.Κ.Δ.Ψ.&Π. «ΚΩΣΤΗΣ ΜΠΑΛΛΑΣ»

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ
ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ:
Α': ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ
Β': ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
Επώνυμο :
Όνομα :
Όνομα πατρός :
Αριθμός τηλεφώνου:
E-mail :
Ημερομηνία γέννησης :
Δηλώνω υπεύθυνα ότι:
Α) αποδέχομαι τους όρους της πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος
Β) 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 πρότασή μου γίνει δεκτή.
Ημερομηνία: ...../...../2024
Ονοματεπώνυμο
Υπογραφή