

ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΗΛΙΟΤΡΟΠΙΟ - για την κάλυψη θέσεων ενός (1) ΠΕ Ψυχολόγων, ενός (1) Μουσικοθεραπ ...

Πηγή: ΕΣΤΙΑ Σελ.: 9 Ημερομηνία έκδοσης: 10-12-2024

Αρθρογράφος: Επιφάνεια 333.54 cm² Κυκλοφορία: 1080

Θέματα: ΑΕΙ-ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ-ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ





ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ
ΗΛΙΟΤΡΟΠΙΟ



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
"ΚΩΣΤΗΣ ΜΠΑΛΛΑΣ"



ΛΟΤΟΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ

Α. Αθηνών 30,
Μεταβουργείο, ΤΚ10441 Τηλ: 210 7221707 - Fax: 210 3424024 e-mail: hcipc@otenet.gr

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΩΣ

Έχοντας υπόψη:

- 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.
- Την με Αρ. Πρωτ.: Α48/Π.Π. 39823 του 2017 Έγκριση Σκοπιμότητας για την ίδρυση και λειτουργία ενός Ειδικού Κέντρου Κοινωνικής Επανεκπαίδευσης.
- Την με Αρ. Πρωτ.: Γ38/Π.Π./5438 του 2018 Χορήγηση Άδειας Ίδρυσης Κέντρου Ημέρας ΛΟΤΟΣ.
- Την με Αρ.Πρωτ.: Γ38/Π.Π./58963 του 2018 Χορήγηση άδειας λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας ΛΟΤΟΣ, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
- Τις διατάξεις του Ν 4412/2016 όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
- Την υπ αριθμ.: 9/05-12-2024 απόφαση του Δ.Σ. του Ε.Κ.Δ.Ψ.&Π. «ΚΩΣΤΗΣ ΜΠΑΛΛΑΣ» σχετικά με την έγκριση της παρούσας πρόσκλησης.

Ο φορέας

ΠΡΟΚΗΡΥΣΣΕΙ

για την κάλυψη θέσεων ενός (1) ΠΕ Ψυχολόγων, ενός (1) Μουσικοθεραπευτή - ψυχοθεραπευτή και ενός (1) Ηθοποιού - Δραματοθεραπευτή, με καθεστώς έκδοσης ΑΠΥ για την πλήρωση των αναγκών του Ε.Κ.Δ.Ψ.&Π. «ΚΩΣΤΗΣ ΜΠΑΛΛΑΣ».

Οι ως ανω θα απασχοληθούν στη δομή του φορέα μιας Κ.Η. ΛΟΤΟΣ.

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

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

- Αντίγραφο Πτυχίου ή αντίγραφο διπλώματος Ανώτατης Εκπαίδευσης της ημεδαπής ή ισότιμο πτυχίο ή δίπλωμα της αλλοδαπής
- Βεβαίωση σπουδών (Ηθοποιού - Δραματοθεραπευτή)
- Βεβαίωση σπουδών ή Μεταπτυχιακό (Μουσικοθεραπευτή)
- Αντίγραφο Άδειας άσκησης/επαγγέλματος (όπου απαιτείται)
- Αντίγραφο απόφασης χορήγησης ΠΤΑ/ΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ (όπου απαιτείται)
- Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης 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 πρόκλησης 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 πρόκλησης.
- 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

- Ολοκληρωμένη εκπαίδευση σε προσέγγιση ψυχοθεραπείας
- Να έχουν ειδικευση σε επιστημονικό ή επαγγελματικό τομέα αρμοδιοτήτων, που αποδεικνύεται με αξιολογημένη επιστημονική ενασχόληση (δημοσιεύσεις, συμμετοχή σε συνέδρια, ομάδες εργασίας κ.λπ.) ή αξιολογημένη επαγγελματική απασχόληση ή επαρκείς γνώσεις και σημαντική εμπειρία, ανάλογη με τα αντικείμενα στα οποία θα απασχοληθούν.
- Για τον ψυχολόγο να έχει εμπειρία σε δομές αντίστοιχες μετεκπαιδευτικά και βιομηχανικά σεμινάρια.
- Η εμπειρία σε εθελοντική δράση θα εκτιμηθεί.
- Για τον ηθοποιό να έχει τεχνικές μέσα από τις οποίες να μπορεί να προσεγγίσει τον ωφελούμενο βάση της προώθησής του.
- Για τον Μουσικοθεραπευτή να έχει εκπαιδευτή πάνω στην μέθοδο "Αναλυτικό Μουσικοδράμα", και στην φωνητική ψυχοθεραπεία.

Οι υποψήφιοι υποβάλλουν είτε αυτοπροσώπως από Δευτέρα έως 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 ώρα που φέρει ο φάκελος, ο οποίος μετά την αποσφράγιση του επισυνάπτεται στην αίτηση των υποψηφίων), στο 1 μίσημο διεύθυνσης στην έδρα του φορέα Λ.Αθηνών 30, ΤΚ 10441, ή με e-mail στο hcipc@otenet.gr, διάρκεια δέκα ημερών από την ημερομηνία δημοσίευσής 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 κατάσταση διενεργείται μόνο εφόσον πληρούνται τα υποχρεωτικά προσόντα πρόκλησης, με μοναδικό κριτήριο την αύξουσα σειρά αίτησης.

Πληροφορίες για τυχόν διευκρινίσεις στο τηλέφωνο 217221707

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ
ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ:
Α': ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ
Β': ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ - ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ
Γ': ΗΘΟΠΟΙΟΣ - ΔΡΑΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ
Επώνυμο:
Όνομα:
Όνομα πατρός:
Αριθμός τηλεφώνου:
E-mail:
Ημερομηνία γέννησης:
Δηλώνω υπεύθυνα ότι:
Α) αποδέχομαι τους όρους της με αρ. πρωτ.: 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