

ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΗΛΙΟΤΡΟΠΙΟ - Τ ην πλήρωση θέσεων ΠΕ Ιατρών, ενός Ψυχιάτρου και ενός Παθολόγου, με κ ...

Πηγή:

ΕΣΤΙΑ

Σελ.:

10

Ημερομηνία έκδοσης:

10-12-2024

Αρθρογράφος:

Επιφάνεια 347.25 cm² Κυκλοφορία: 1080

Θέματα:

ΑΕΙ-ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ-ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ



24

Ψ

ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΗΛΙΟΤΡΟΠΙΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΑΠΟΛΙΤΣΜΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΠΕΡΙΒΑΛΛΩΣΗΣ ΚΩΣΤΗΣ ΜΠΑΛΛΑΣ

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

ΛΟΓΟΣ ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ

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. Γ3β/Γ.Π./οικ.96569 Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος σε ΝΠΔΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα για την επιλογή φορέων ανάπτυξης και λειτουργίας νέων μονάδων ψυχικής υγείας.
3. Την με Αρ. Πρωτ. Γ3α/Γ.Π.οικ.45210, Έγκριση από άποψη σκοπιμότητας της ανάπτυξης Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (5 Οικοτροφείων) από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (ν.π.ι.δ.)
4. Την με αρ. πρωτ. Γ3β/Γ.Π.6657/2021, Χορήγηση άδειας ίδρυσης ενός Οικοτροφείου (Α1) για 15 ωφελούμενους, στο Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής & Περιβαλλώνος «Κωστής Μπάλλας» στον Τομέα Ψυχικής Υγείας Καβάλας - Ξάνθης.
5. Την με αρ. πρωτ. Γ3β/Γ.Π.78025/21, Χορήγηση άδειας λειτουργίας ενός Οικοτροφείου (Α1) για 15 ωφελούμενους, στο Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής & Περιβαλλώνος «Κωστής Μπάλλας» στον Τομέα Ψυχικής Υγείας Καβάλας - Ξάνθης.
6. Τις διατάξεις του Ν 4412/2016 όπως τροποποιήθηκε και ισχύει
7. 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 θέσεων ΠΕ Ιατρών, ενός Ψυχιάτρου και ενός Παθολόγου, με καθεστώς εκ-δόσης ΑΠΥ για την κάλυψη των αναγκών του Ε.Κ.Δ.Ψ.&Π. «ΚΩΣΤΗΣ ΜΠΑΛΛΑΣ». Οι ως ανω Ιατροί θα απασχοληθούν στην δομή του φορέα με ΣΑΝΘΙΟ ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ Η πρόσληψη 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 διπλώμα της αλλοδαπής.
Αντίγραφο λθείας ασκήσεως επαγγέλματος.
Αντίγραφο απόφασης χορήγησης ΠΤΛΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ.
Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολι-κός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολι-κός 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 απαλλα-γεί νόμιμα από αυτές.
Να μην υπάρχει κώλυμα πρόληψης από ποινική καταδίκη ή υποδικία ή δικαστική συ-μπαράσταση.
Τα ανωτέρω πρέπει να συντρέχουν τόσο κατά την τελευταία ημέρα προθεσμίας υποβο-λής των αιτήσεων συμμετοχής, όσο και κατά το χρόνο πρόληψης.
Πιστοποιητικό γέννησης ή αντίγραφο του Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας ή φωτοα-ντίγραφο διαβατηρίου όταν πρόκειται για πολίτη κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένω-σης ή αντίγραφο του Δικαιώματος Αδειας Εργασίας στην Ελλάδα.
Φωτοτυπία των δύο όψεων της Αστυνομικής ταυτότητας ή ελάμβαι ταυτότητας των κρί-σιμων σελίδων του διαβατηρίου (δηλ. αυτών που αναφέρονται ο αριθμός και τα στοι-χεία ταυτότητας κατόχου).

ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Ολοκληρωμένη εκπαίδευση σε προσέγγιση ψυχοθεραπείας
Να έχουν ειδικότητα σε επιστημονικό ή επαγγελματικό τομέα αρμοδιότητων, που απο-δεικνύεται με αξιολόγηση επιστημονική ενσχόληση (δημοσιεύσεις, συμμετοχή σε συνέ-δρια, αριότητες εργασίας κ.λπ.) ή αξιολόγηση επαγγελματική απασχόληση ή επαρκείς γνώ-σεις και σημαντική εμπειρία, ανάλογη με τα αντικείμενα στα οποία θα απασχοληθούν.
Πενταετή τουλάχιστον εμπειρία σε δομές αντίστοιχες με την δομή που αντιστοιχεί στη κάλυψη των θέσεων, ή εμπειρία σε ψυχολογικές δομές σε δημόσια νοσοκομεία.
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 υποψηφι-ών), με καταληκτική ημερομηνία 28/06/2024 και ώρα 12:00, στο Τμήμα Διοίκησης, στην έδρα του φορέα Λ.Αθηνών 30, ΤΚ 10441, ή στο Οικοτροφείο ΣΑΝΘΙΟ, Μάρκου Μπότσα-ρη 5, Παλαιά Πύλη Ξάνθης ή και 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 - δη-λωση συμπληρώνεται με ακρίβεια και σε όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνει. Αιτήσεις σε άλλο έντυπο ή αιτήσεις στις οποίες δεν έχουν συμπληρωθεί όλα τα απαιτούμενα στοι-χεία, δεν γίνονται δεκτές.
Η κατάθεση διενεργείται μόνο εφόσον πληρούνται τα υποχρεωτικά προσόντα πρόλη-ψης, 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:
Δήλωμα υπεύθυνου ότι:
Α) αποδέχομαι τους όρους της πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος
Β) διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρουσία (σε πρωτότυπα ή αντίγραφα)
Γ) για την ανάληψη του έργου και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αμοιβής δεν συντρέ-χει 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

1