



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1η Υ.ΠΕ.. ΑΤΤΙΚΗΣ
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-
ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» Ν.Π.Δ.Δ.
(Οργανική Μονάδα: «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
Υψηλάντου 45-47 Αθήνα
ΤΚ 10676

Αθήνα 27-8-2025

ΥΠΗΡΕΣΙΑ: Διοικητική
ΥΠΟΔ/ΝΣΗ: Διοικητικού
ΤΜΗΜΑ: Προσωπικού
ΑΡ. ΤΗΛ.: 2132041290
ΑΡ. FAX.: 2132041189
e-mail: staff.dpt@evangelismos-hosp.gr
ΑΡ. ΠΡΩΤ.: 10/02/2841/26883
Συν: 1 αίτηση

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΙΑΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:
 - i. Του Ν. 4622/2019 «Επιτελικό κράτος: Οργάνωση, λειτουργία και διαφάνεια της Κυβέρνησης, των Κυβερνητικών Οργάνων και της Κεντρικής Δημόσιας Διοίκησης (Α'133), όπως ισχύει.
 - ii. Της παρ. 1 του άρθρου 5 του Ν. 5046/2023 – Τροποποίηση παρ.1 άρθρου 41 Ν.4058/2012».
2. Την υπ. αριθ. πρωτ. Β2α, Β1α/οικ.36238/13-8-2025 Βεβαίωση του Γ.Δ.Ο.Υ. του Υ.Υ.
3. Την απόφαση της 62^{ης} Συν. ΔΣ/9-7-2025 (ΘΕΜΑ 35ο).
4. Την υπ. αριθ. πρωτ. 10/02/2299/21853/1-7-2025 Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης του Νοσοκομείου.
5. Την υπ. αριθ. πρωτ. Γ4β/33380/18-8-2025 Απόφαση του Υφυπουργού Υγείας με θέμα: «Έγκριση συνεργασίας του ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» με (1) έναν ιδιώτη ιατρό ειδικότητας **ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ**, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών».
6. Τις ανάγκες του ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» για την εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία του νοσοκομείου.

Π Ρ Ο Σ Κ Α Λ Ε Ι

**ΣΕ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΜΙΑΣ (1) ΘΕΣΗΣ
ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΙΑΤΡΟΥ
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ
ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΚΑΙ ΓΙΑ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΔΩΔΕΚΑ (12) ΜΗΝΩΝ ΜΕ ΠΛΗΡΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ**

και ως εξής:

ΦΟΡΕΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ (ΣΕ ΜΗΝΕΣ)
ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»	1	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	12

➤ **Κριτήρια Επιλογής**

1. ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΗΨΗ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ

- Πτυχίο Ιατρικής Σχολής ημεδαπής ή αλλοδαπής νόμιμα αναγνωρισμένο.
- Άδεια άσκησης επαγγέλματος.
- Τίτλο αντίστοιχης ιατρικής ειδικότητας.

2. ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Ως εμπειρία της παραπάνω θέσης νοείται η αποδεδειγμένη απασχόληση με σχέση εργασίας ή σύμβαση έργου στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ή άσκηση επαγγέλματος σε καθήκοντα Ιατρού ΠΕ Νευροχειρουργικής

3. Οι υποψήφιοι πρέπει:

1. Να κατέχουν Ελληνική Ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από κράτη μέλη της Ε.Ε.
2. Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
3. Οι άνδρες υποψήφιοι να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να κατέχουν Πιστοποιητικό Νόμιμης απαλλαγής από αυτές.
4. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιούπαλληλική ιδιότητα.
5. Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στη Δ.Ο.Υ. της επαγγελματικής τους έδρας ως επιτηδευματίες.
5. Να έχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

➤ **Αμοιβή**

Η αμοιβή των παρεχόμενων υπηρεσιών του ειδικευμένου ιατρού ΠΕ Νευροχειρουργικής, με πλήρες ωράριο, έχει προσδιοριστεί με βάση τις αποδοχές ενός ειδικευμένου ιατρού με το βαθμό του Διευθυντή και προϋπηρεσία άνω των είκοσι εννέα ετών, πλέον αποζημίωσης εφημεριών όπως θα προκύπτει από το εγκεκριμένο μηνιαίο εφημεριακό πρόγραμμα και τα καταρτισθέντα μηνιαία

προγράμματα, τα οποία θα προεγκρίνονται από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου.

➤ **Διαδικασία Αξιολόγησης**

Οι υποψηφιότητες θα αξιολογηθούν από τριμελή επιτροπή αξιολόγησης, η οποία θα συγκροτηθεί στην περίπτωση εκδήλωσης ενδιαφέροντος άνω του ενός (1) υποψηφίου. Υποβληθείσα αίτηση η οποία δεν πληροί τις προϋποθέσεις υποβολής και όλα τα απαιτούμενα για τη θέση δικαιολογητικά και προσόντα δεν βαθμολογείται και απορρίπτεται. Η τελική επιλογή θα γίνει από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου.

➤ **Υποβολή αίτησης συμμετοχής**

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής αυτοπροσώπως είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο ή ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή στην ακόλουθη διεύθυνση:

ΓΝΑ

«Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΚΗ»

Υψηλάντου 45-47Αθήνα

TK 10676

με την ένδειξη:

«για την πρόσκληση ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιατρό, ειδικότητας ΠΕ Νευροχειρουργικής»,

έως και την 1-9-2025 όπως θα προκύπτει από την σφραγίδα του Ταχυδρομείου.

Εναλλακτικά μπορούν να υποβάλλουν την αίτηση με τα απαραίτητα δικαιολογητικά {ευκρινές αρχείο μορφής Pdf ή JPEG (φωτογραφία) ή jpg χωρητικότητας μέχρι 2 MB} στο e-mail :
grammateia@evangelismos-hosp.gr

Οι ενδιαφερόμενοι, μαζί με την αίτηση τους, πρέπει να υποβάλλουν:

- 1.Αίτηση (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι)
- 2.Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
- 3.Αντίγραφο αστυνομικού δελτίου ταυτότητας.
- 4.Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
- 5.Αντίγραφο πτυχίου. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται το πτυχίο με τη σφραγίδα της Χάγης, η επίσημη μετάφρασή του και η απόφαση ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ. Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα από τις αρμόδιες προς τούτο αρχές της ημεδαπής. Στα απλά φωτοαντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILLE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό. Σε κάθε περίπτωση και

σύμφωνα με τα οριζόμενα στις με αριθμ.ΔΙΣΚΠΟ/Φ.15/οικ.8342/1-4-2014 (ΑΔΑ:ΒΙΗ0Χ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/ΦΑ.2.3/21119/1-9-2014(ΑΔΑ:ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίου του Υπουργείου Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή φωτοαντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση ότι τα έγγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί πρωτίστως από δικηγόρο.

6. Αντίγραφο απόφασης άδειας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος.

7. Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας.

8. Βεβαίωση εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.

9. Φορολογική Ενημερότητα.

10. Ασφαλιστική Ενημερότητα

11. Βιογραφικό Σημείωμα

➤ **Με την πρόσληψη και την υπογραφή της σύμβασης οφείλει ο ιατρός να προσκομίσει:**

1. Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α' για άνδρες (ή βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του Ελληνικού Στρατού. Όπου στο τύπο Α' προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή θα πρέπει να υπερβαίνει το έτος από την ημερομηνία λήξης της πρόσκλησης.

2. Πιστοποιητικά υγείας, σύμφωνα με τα οριζόμενα στις διατάξεις του άρθρου 7 του Ν.4210/2013, (ιατρικές γνωματεύσεις Παθολόγου και Ψυχιάτρου).

3. Ποινικό Μητρώο.

➤ **Η χρονική περίοδος υποβολής των αιτήσεων ορίζεται σε τέσσερις (4) ημέρες από 29/8/2025 ημέρα Παρασκευή έως και 1/9/2025 ημέρα Δευτέρα.**

➤ **Αιτήσεις που υποβάλλονται μετά τη λήξη της προθεσμίας δεν γίνονται δεκτές.**

➤ **Η παρούσα πρόσκληση αναρτάται στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3861/2010 (ΦΕΚ 112 Α'), στην ιστοσελίδα και τον πίνακα ανακοινώσεων του νοσοκομείου.**

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΓΡΗΓΟΡΟΠΟΥΛΟΣ
ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»

Ακριβές αντίγραφο

Ψηφιακά υπογεγραμμένο

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

- **ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**
Αριστοτέλους 17, 101 87 ΑΘΗΝΑ
Email: dnpn_a@moh.gov.gr
- **1^η Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ**
Ζαχάρωφ 3, 115 21 ΑΘΗΝΑ
Email: prosopdata@1dype.gov.gr
- **ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΘΗΝΩΝ**
Σεβαστουπόλεως 113, 115 26 ΑΘΗΝΑ
Email: pressoffice@isathens.gr

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

1. Γραφείο Διοικητή
2. Γραφείο Αν. Διοικητή
3. Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας
4. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου
5. Υποδιεύθυνση Πληροφορικής

ΑΙΤΗΣΗ**Προς:****ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»**

ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΟΝΟΜΑ:
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:
Α.Δ.Τ./ ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής ειδικευμένων ιατρών για έναρξη συνεργασίας με ιδιωτική συμφωνία και αμοιβή για την ειδικότητα της

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ:****Τ.Κ.:****ΠΟΛΗ:**

Συνημμένα υποβάλλω φωτοαντίγραφα των κάτωθι δικαιολογητικών:

Πτυχίο (ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΤΗΣ ΧΑΓΗΣ ΚΑΙ ΔΟΑΤΑΠ ΟΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ)

Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.

Τίτλος ειδικότητας

Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο

Αστυνομική ταυτότητα ή διαβατήριο

Σύντομο βιογραφικό σημείωμα

Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του ν. 1599/1986, στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα

Φορολογική και ασφαλιστική ενημερότητα

Όπου απαιτείται:

Βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:****ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:****Email:**

Θέμα: «Αίτηση συμμετοχής στην επιλογή για έναρξη συνεργασίας με ιδιωτική συμφωνία και αμοιβή»

Ο / Η Αιτ....

Αθήνα,/...../20.....