



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1ης Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

Ταχ. Δ/ση: Ζαχάρωφ 3,
Ταχ. Κώδικας: 115 21, Αθήνα
Πληροφορίες: Ε. Δραγατάκη
Τηλ: 2132010526
E-mail: hrd@1dype.gov.gr

ΕΠΕΙΓΟΝ

1η Υ.Πε.Αττικής

ΑΡ.ΠΡΩΤ.: 48963
ΗΜ/ΝΙΑ: 11/12/2023

ΘΕΜΑ: «ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ, ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥ, ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΠΛΗΡΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΣ, ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΗΣ 1^{ΗΣ} Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ»

Ο Δ Ι Ο Ι Κ Η Τ Η Σ ΤΗΣ 1^{ΗΣ} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81/τ. Α'/04-04-2005) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», όπως τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν με τις διατάξεις του άρθρου 3 του Ν. 3527/2007 (ΦΕΚ 25/τ. Α'/09-02-2007) και τις διατάξεις του άρθρου 27 του Ν. 4771/2021 (ΦΕΚ 16/τ. Α'/01-02-2021).
2. Τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 41 του Ν. 4058/2012 όπως αυτές τροποποιήθηκαν και ισχύουν με τις διατάξεις του άρθρου 104 του Ν. 5034/2023 (ΦΕΚ 69/Α'/18-03-2023) «Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., ο Ε.Ο.Δ.Υ., ο Ο.ΚΑ.ΝΑ., το Κ.Ε.Θ.Ε.Α., η Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε., το Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε., η Ε.Κ.Α.Π.Τ.Υ. Α.Ε. και ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου τους, καθώς και τα Κέντρα Υγείας νησιωτικών, ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών ή των περιοχών όπου έχουν εξαντληθεί οι υποψήφιοι επικουρικοί ιατροί από τους αντίστοιχους ηλεκτρονικούς καταλόγους των Υ.ΠΕ., με απόφαση του Διοικητή της αρμόδιας Υ.ΠΕ., δύνανται για την κάλυψη των αναγκών τους σε προσωπικό και για την προσήκουσα λειτουργία τους, εφόσον δεν επαρκεί το προσωπικό τους, να συνεργάζονται με ιατρούς κάθε ειδικότητας(...), με καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους. Η συνεργασία με τους ανωτέρω πραγματοποιείται κατά παρέκκλιση του άρθρου 6 του ν. 2527/1997 (Α'206), καθώς και της περ. α της παρ. 20 του ένατου άρθρου του ν.4057/2012 (Α'54), μετά από πλήρως αιτιολογημένη έκθεση του φορέα και Απόφαση του Υπουργού Υγείας».
3. Τις διατάξεις του Ν. 4238/2014 (ΦΕΚ 38/τ. Α'/17-02-2014) «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ και άλλες διατάξεις» και τις διατάξεις του Ν. 4486/2017 (ΦΕΚ 115/τ. Α'/07-08-2017) «Μεταρρύθμιση της Π.Φ.Υ., επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις».

4. Την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ. Γ3α/Γ.Π. 10978/25-05-2017 Κοινή Απόφαση του κ. Αναπληρωτή Υπουργού Οικονομικών και Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ 1974/τ. Β'/07-06-2017) με θέμα «Εφημεριακή λειτουργία του Π.Ε.Δ.Υ. – Μονάδα Υγείας (Μ.Υ.) Αλεξάνδρας, αρμοδιότητας 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής».
5. Την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ. **65149/16-09-2019** (ΦΕΚ 768/τ. Υ.Ο.Δ.Δ./20-09-2019) Απόφαση του κ. Υπουργού Υγείας περί διορισμού του κ. Παναγιώτη Στάθη ως Διοικητή της 1ης Υ.ΠΕ. Αττικής, τις διατάξεις του άρθρου 17 του Ν. 4812/2021 (ΦΕΚ 110/τ. Α'/30-06-2021), του άρθρου 81 του Ν. 4915/2022 (ΦΕΚ 63/τ. Α'/24-03-2022) και την υπ' αριθ. Γ4β/Γ.Π.οικ.44308/28-07-2022 (ΦΕΚ 670/τ. Υ.Ο.Δ.Δ./30-07-2022) Κοινή Απόφαση του κ. Υπουργού και κας Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας αναφορικά με την παράταση θητείας του Διοικητή της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής.
6. Την υπ' αριθ. **Γ4β/Γ.Π. οικ. 70541/07.10.2019** (ΦΕΚ 835/τ. Υ.Ο.Δ.Δ./10-10-2019) Απόφαση του κ. Υπουργού Υγείας, περί διορισμού της κας ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΣ ΝΤΑΒΩΝΗ, ως Υποδιοικήτριας της Υ.ΠΕ. Αττικής, όπως παρατάθηκε με τις διατάξεις του άρθρου 17 του Ν. 4812/2021 (ΦΕΚ 110/τ. Α'/30-06-2021), του άρθρου 81 του Ν. 4915/2022 (ΦΕΚ 63/τ. Α'/24-03-2022) και την υπ' αριθ. Γ4β/Γ.Π. οικ. 44316/28-07-2022 (ΦΕΚ 671/τ. ΥΟΔΔ/30-07-2022) Κοινή Απόφαση του κ. Υπουργού και κας Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας.
7. Την υπ' αριθ. πρωτ.: **ΥΠΕ/Γ.Π.οικ. 82272** Απόφαση του κ. Υπουργού και κ. Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας, περί αρμοδιοτήτων των Υποδιοικητριών της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής (ΦΕΚ 4308/τ. Β'/28-11-2019).
8. Τις διατάξεις του **Ν. 4931/2022** (ΦΕΚ 94/τ. Α'/13-05-2022) «Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις».
9. Την αριθ. πρωτ. 8144/28-02-2023 Απόφαση κ. Διοικητή 1ης Υ.ΠΕ. Αττικής «Αντιστοίχιση των υφισταμένων κλάδων και ειδικοτήτων των οργανικών θέσεων μόνιμου και Ι.Δ.Α.Χ. προσωπικού των Κέντρων Υγείας, πρώην Μονάδων του Δικτύου Πρωτοβάθμιας Υγείας, αρμοδιότητας της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, με τους οριζόμενους στο π.δ. 85/2022 (Α' 232) νέους κλάδους και ειδικότητες» (ΦΕΚ 2095/Β'/31-03-2023).
10. Το γεγονός ότι, βάσει των υπ' αριθμ. Γ4α/Γ.Π.οικ.14830/08-03-2023 και Γ4α/Γ.Π.οικ.25991/04-05-2023 εγκριτικών Υπουργικών Αποφάσεων, δεν έχει προκηρυχθεί θέση για πρόσληψη Ιατρού ειδικότητας Ενδοκρινολογίας για το Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρας, αποκεντρωμένη μονάδα της 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής.
11. Το αριθ. πρωτ. **42401/31-10-2023** έγγραφο της παρ' ημίν Διεύθυνσης Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης προς το Υπουργείο Υγείας με θέμα «Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης».
12. Το αριθ. πρωτ. **44327/10-11-2023** έγγραφο της Υπηρεσίας με θέμα «Αίτημα συνεργασίας με ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Ενδοκρινολογίας με καθεστώς έκδοσης, εκ μέρους του, δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για πλήρη απασχόληση στο Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρας, αποκεντρωμένη μονάδα της 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής».
13. Το αριθ. πρωτ. **45998/22-11-2023** έγγραφο της Υπηρεσίας με θέμα «Έκθεση αναγκαιότητας συνεργασίας με ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Ενδοκρινολογίας με καθεστώς έκδοσης, εκ μέρους του, δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για πλήρη απασχόληση στο Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρας».
14. Την υπ' αριθμ. **Γ4β/62037/23-11-2023 Εγκριτική Απόφαση της κας Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας** με θέμα «ΕΓΚΡΙΣΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΣ ΜΕ ΕΝΑΝ ΙΑΤΡΟ (1) ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ».

15. Το γεγονός ότι στον από 27-11-2023 κατάλογο των επικουρικών ιατρών της 1ης Υ.ΠΕ. Αττικής δεν υφίσταται αίτημα ιατρού ειδικότητας Ενδοκρινολογίας για το Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρας, αποκεντρωμένη μονάδα της 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής.
16. Την αριθ. πρωτ. 48897/11-12-2023 **Απόφαση Διοικητή 1^{ης} Υ.ΠΕ. περί ορισμού Επιτροπής Αξιολόγησης.**
17. Τις αυξημένες υπηρεσιακές ανάγκες για την εύρυθμη λειτουργία του Κέντρου Υγείας Αλεξάνδρας, αποκεντρωμένης μονάδας της 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής.

ΚΑΛΕΙ

τους/τις ενδιαφερόμενους/ες **Ιατρούς Ειδικότητας Ενδοκρινολογίας, σε συνεργασία, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 104 του Ν. 5034/2023, με τη Διοίκηση της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, για τη σύναψη σύμβασης, με καθεστώς έκδοσης από αυτόν/ήν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για πλήρη απασχόληση (πέντε ημέρες την εβδομάδα / επτά ώρες την ημέρα) στο Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρας, αποκεντρωμένη μονάδα της 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής, για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους, με μηνιαίες αποδοχές, κατά την κείμενη νομοθεσία, Επικουρικού Ιατρού βαθμού Επιμελητή Β', προκειμένου για την κάλυψη των αναγκών και την απρόσκοπτη και εύρυθμη λειτουργία του Ενδοκρινολογικού Τμήματος του ανωτέρω Κέντρου Υγείας.**

Α. Οι υποψήφιοι/ες απαιτείται:

- Να έχουν την Ελληνική Ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από Κράτη Μέλη της Ε.Ε.
- Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
- Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιούπαλληλική ιδιότητα.
- Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.
- Να εγγραφούν στη Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες, έπειτα από τη σύναψη σύμβασης συνεργασίας.
- Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

Β. ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται και θα κατατεθούν με την αίτηση υποψηφιότητας είναι τα εξής:

1. **Αίτηση-Δήλωση** (υπόδειγμα της αίτησης-δήλωσης ακολουθεί στο Παράρτημα Ι) η οποία συμπληρώνεται με ακρίβεια και σε όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνει.
2. **Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986**, από την πλατφόρμα gov.gr ή από το ΚΕΠ με γνώση της υπογραφής, 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:ΒΙΗΟΧ-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 στην Ελλάδα**.
7. Αντίγραφο **Απόφασης Χορήγησης Άδειας Χρήσης Τίτλου Ειδικότητας στην Ελλάδα**.
8. **Πρόσφατη Βεβαίωση Εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο Αθήνας**, 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. **Βεβαίωση έναρξης εργασιών φυσικού προσώπου επιτηδεύματiα**
12. **Βιογραφικό Σημείωμα με αναφορά στην προϋπηρεσία και στο επιστημονικό έργο (περιληπτική αναφορά).**

13. **Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986**, από την πλατφόρμα gov.gr ή από το ΚΕΠ με γνώση της υπογραφής, στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν λαμβάνουν επίδομα Δ.Υ.Π.Α. και δεν κατέχουν έμμισθη θέση στο Ελληνικό Δημόσιο.

14. Για τους άνδρες: **Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α' ή βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του Ελληνικού Στρατού.** Όπου στον τύπο Α, προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή θα πρέπει να υπερβαίνει το έτος από την ημερομηνία λήξης της παρούσας πρόκλησης.

Γ. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ-ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ:

Ο/Η ιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του/της σε **πλήρες τακτικό και καθημερινό ωράριο από Δευτέρα έως και Παρασκευή** στο Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρας, το οποίο τελεί σε 24ωρη εφημέρευση.

Ο/Η ιατρός υπόκειται διοικητικά και επιστημονικά στην Υπεύθυνη Συντονισμού Επιστημονικής Λειτουργίας του Κέντρου Υγείας, στην Υποδιοικήτρια της 1ης Υ.ΠΕ. και στον Διοικητή της 1ης Υ.ΠΕ., εφαρμοζόμενων αναλογικά των οριζόμενων στο ν. 3329/2005 ως προς την διοικητική και επιστημονική εποπτεία του.

Η αποζημίωση του/της θα είναι ίση με τις μηνιαίες αποδοχές, κατά την κείμενη νομοθεσία, **Επικουρικού Ιατρού βαθμού Επιμελητή Β'.**

Δ. ΑΙΤΗΣΕΙΣ –ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ:

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να στείλουν την αίτησή τους (η οποία υπέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης) **με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο ή ταχυδρομικά με συστημένη αποστολή, στη διεύθυνση:** «Διοίκηση 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού, Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων, Ζαχάρωφ 3, Τ.Κ 11521, Αθήνα» με την ένδειξη «Για την Πρόσκληση Ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Ενδοκρινολογίας».

Η χρονική περίοδος υποβολής των αιτήσεων ορίζεται σε πέντε (5) εργάσιμες ημέρες από **21/12/2023 έως και 29/12/2023.**

Το ανωτέρω χρονικό διάστημα θα προκύπτει από την σφραγίδα του Ταχυδρομείου.
Αιτήσεις που θα υποβληθούν πριν ή μετά το ανωτέρω χρονικό διάστημα δεν θα ληφθούν
υπόψη.

Ε. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:

Οι ενδιαφερόμενοι για οποιαδήποτε πληροφορία μπορούν να απευθύνονται στο Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού της 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες στα τηλέφωνα : 2132010400 & 2132010526.

ΣΤ. ΕΠΙΛΟΓΗ:

Την καταλληλότητα των υποψηφίων θα κρίνει **τριμελής Επιτροπή** αποτελούμενη από τις:

1. Κα Γιαννούλα Νταβώνη, Υποδιοικήτρια της 1^{ης} Υ.ΠΕ., αρμόδια για θέματα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) της 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής, ως Πρόεδρος.
2. Κα Έλλη Ασπρούδη, Διευθύντρια Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού της 1^{ης} Υ.ΠΕ.
3. Κα Δήμητρα Παπακώστα, Προϊσταμένη Τμήματος Υγιεινής και Ασφάλειας των Εργαζομένων της 1ης Υ.ΠΕ.

Η παρούσα Πρόσκληση αναρτάται στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3861/2010 (ΦΕΚ 112/Α' /13-07-2010), στον ιστότοπο (<https://www.1dype.gov.gr/>) και τον πίνακα ανακοινώσεων της 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ



ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΣΤΑΘΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1. Γραφείο Κου Υπουργού Υγείας (υ.τ.α.) (Υπόψη Δ/ντού, Κου Γ. Σταμαδιανού)
2. Γραφείο Κας Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας (Υπόψη Δ/ντριας, Κας Α. Λεβαντή)

3. Γραφείο Κας Γενικής Γραμματέως Υπηρεσιών Υγείας (Υπόψη Δ/ντριας, Κας Ε. Κυριακάκη)
4. Γραφείο Κας Γενικής Γραμματέως Δημόσιας Υγείας (Υπόψη Δ/ντή, Κ. Π. Βαλσάμου)
5. Γραφείο Κας Προϊσταμένης Γενικής Διεύθυνσης Υπηρεσιών Υγείας (Υπόψη Προϊσταμένης Δ/σης Ανθρώπινου Δυναμικού Νομικών Προσώπων)
6. Κ.κ. Υποδιοικήτριες 1^{ης} Υ.ΠΕ.
7. Γραφείο Στρατηγικού Σχεδιασμού Διοικήτή 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής
8. Παρ' ημίν Δ/σεις Δ.Ε.Ν.Υ., Δ.Ε.Ε, Δ.Ο.Ο.Υ., Δ.Π.Α.Π., Δ.Α.Α.Δ., Δ.Δ.Υ.
9. Κα Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου Π.Φ.Υ. 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής
10. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
11. Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών
12. Ιατρικό Σύλλογο Πειραιά
13. Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία – Πανελλήνια Ένωση Ενδοκρινολόγων

(ακολουθεί Παράρτημα)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

<u>ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ</u> <u>ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ, ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥ, ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ</u> <u>ΓΙΑ ΠΛΗΡΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ</u> <u>ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΣ, ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΗΣ 1^{ης} Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ</u>	
	<p>ΠΡΟΣ</p> <p>1^η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής</p> <p>Παρακαλώ όπως κάνετε αποδεκτό το <u>αίτημα μου για συνεργασία με τη Διοίκηση της 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής</u>, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 41 του Ν. 4058/2012 όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το άρθρο 104 του Ν. 5034/2023, για απασχόληση στο Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρας ως <u>ιδιώτης ιατρός</u>.</p>
ΟΝΟΜΑ:	<p>Δηλώνω υπεύθυνα ότι:</p> <p>Α) Αποδέχομαι τους όρους της αριθ. πρωτ. πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος</p> <p>Β) Διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα (σε πρωτότυπα ή αντίγραφα)</p> <p>Γ) Για την έναρξη συνεργασίας και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αποζημίωσης 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 αίτηση μου γίνει αποδεκτή.</p> <p style="text-align: right;">Ημερομηνία,/12/2023</p> <p style="text-align: right;">Ο/Η Δηλ.</p> <p style="text-align: right;">.....</p> <p style="text-align: right;">(Υπογραφή/σφραγίδα ιδιώτη ιατρού)</p>
ΕΠΙΘΕΤΟ:	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:	
ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:	
ΚΑΤΟΙΚΟΣ:	
ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ:	
ΤΚ:	
ΤΗΛ:	
ΚΙΝ. ΤΗΛ.:	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ:	
ΑΜΚΑ:	
ΑΦΜ:	
EMAIL:	