



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
6<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια  
Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων,  
Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ

Αργοστόλι 24/08/2023

Αρ. Πρωτ. 9244

Τμήμα : Διαχείρισης Ανθρώπινου  
Δυναμικού  
Ταχ. Δ/ση : Σουηδίας, Αργοστόλι  
Ταχ. Κώδικας: 28100  
Πληροφορίες : Τ.Πολλάτου  
Τηλέφωνο : 2671 3 61355,150

E mail  
:gr.proswpikou@1699.syzefxis.gov.gr

**Θέμα: Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την συνεργασία του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ με έναν (1) εξωτερικό συνεργάτη κλάδου ΤΕ Ραδιολογίας-Ακτινολογίας χρονικής διάρκειας δώδεκα (12) μηνών με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών**

Ο Διοικητής του Γενικού Νοσοκομείου Κεφαλληνίας  
Έχοντας υπόψη :

1. Τον Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Κεφαλληνίας
2. Τις διατάξεις της παρ.1 του άρθρου 41 του Ν 4058/2012 (ΦΕΚ63/Α/2012) όπως αρχικά αντικαταστάθηκε από το άρθρο 44 του Ν.4486/2017(ΦΕΚ 115/Α/2017)και εν συνέχεια τροποποιήθηκε με το άρθρο 47 Ν.4633/2019(ΦΕΚ 161/Α/2019)
3. Τις με αριθμ 13/19-5-2023 θέμ. εηδ 2<sup>ο</sup> και 15/2-6-2023 θέμ. εηδ 26ο Αποφάσεις Διοικητικού Συμβουλίου
4. Το με αριθμ 6053/12-6-2023 διαβιβαστικό έγγραφό μας, αναφορικά με την συνεργασία του Νοσοκομείου μας με ένα(1)εξωτερικό συνεργάτη κλάδου ΤΕ Ραδιολογίας-Ακτινολογίας με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών
5. Τη με αριθμ Β2.α/Γ.Π οικ42139/3-8-2023 Βεβαίωση του Γενικού Διευθυντή Οικονομικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας.
6. Τη με αριθμ Γ4β/32647/9-8-2023 Εγκριτική Απόφαση του Υπουργού Υγείας με θέμα :«Έγκριση συνεργασίας του Γενικού Νοσοκομείου Κεφαλληνίας με έναν(1)εξωτερικό συνεργάτη κλάδου ΤΕ Ραδιολογίας-Ακτινολογίας με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών»
7. Τις επιτακτικές υπηρεσιακές ανάγκες για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του Ακτινολογικού Τμήματος του Νοσοκομείου μας.
8. Το γεγονός ότι η συνολική δαπάνη βαρύνει τις προβλεπόμενες πιστώσεις του προϋπολογισμού του Νοσοκομείου μας.

## Κ Α Λ Ε Ι

Σε εκδήλωση ενδιαφέροντος ,για την κάλυψη των αναγκών του, να συνεργαστεί με ένα (1) άτομο Κλάδου ΤΕ Ραδιολογίας Ακτινολογίας, υπό καθεστώς έκδοσης από αυτόν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών .Η διάρκεια της σύμβασης είναι δώδεκα (12) μήνες, οι μηνιαίες αποδοχές ανέρχονται σε 1545,00 € συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ, των ασφαλιστικών εισφορών και των λοιπών κρατήσεων και η εργασία που θα παρέχει είναι πλήρους αλλά όχι αποκλειστικής απασχόλησης σύμφωνα με τις ανάγκες και το πρόγραμμα του Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος του Νοσοκομείου.

### **Απαιτούμενα Τυπικά Προσόντα:**

Πτυχίο ή δίπλωμα τμήματος Ραδιολογίας και Ακτινολογίας ή Ακτινολογίας και Ακτινοθεραπείας ή το ομώνυμο πτυχίο ή δίπλωμα προγραμμάτων σπουδών επιλογής(ΠΣΕ)ΤΕΙ ή αντίστοιχο κατά ειδικότητα πτυχίο ή δίπλωμα ΤΕΙ ή Προγραμμάτων Επιλογής (ΠΣΕ) ΤΕΙ της ημεδαπής ή ισότιμος τίτλος σχολών της ημεδαπής ή αλλοδαπής αντίστοιχης ειδικότητας ή το ομώνυμο ή αντίστοιχο κατά ειδικότητα πτυχίο ΚΑΤΕΕ ή ισότιμος τίτλος της ημεδαπής ή αλλοδαπής αντίστοιχης ειδικότητας

### **Προσόντα Πρόσληψης:**

1. Έλληνες πολίτες
2. Ηλικία 18 έως 65 ετών.
3. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
4. Να έχουν υγεία και φυσική καταλληλότητα που τους επιτρέπει την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης.
5. Οι άντρες μέχρι τη λήξη της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων, να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νομίμως απαλλαγεί από αυτές και να μην είναι ανυπότακτοι ή να μην καταδικαστεί για λιποταξία με τελεσίδικη απόφαση.
6. Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στη ΔΟΥ ως επιτηδευματίες.
7. Να έχουν τον απαιτούμενο τίτλο σπουδών και βεβαίωση ότι ο υποψήφιος/α πληρούν όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του επαγγέλματος του Τεχνολόγου Ραδιολόγου-Ακτινολόγου

### **Δικαιολογητικά:**

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

1. Αντίγραφο των δυο όψεων της αστυνομικής ταυτότητας
2. Αντίγραφο τίτλων σπουδών
3. Βεβαίωση ότι πληροί όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του επαγγέλματος του Τεχνολόγου Ραδιολόγου-Ακτινολόγου
4. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
5. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία να αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για ποινικά αδικήματα
6. Πιστοποιητικό απόδειξης εργασιακής εμπειρίας στο αντικείμενο της ειδικότητας:

- Για τους μισθωτούς, υπεύθυνη δήλωση του υποψηφίου κατά το άρθρο 8 του Ν1599/1986 στην οποία να δηλώνονται ο εργοδότης, το είδος και η χρονική διάρκεια της εξειδικευμένης εμπειρίας. Οι μισθωτοί του δημοσίου τομέα μπορούν, εναλλακτικά αντί της υπεύθυνης δήλωσης να προσκομίσουν βεβαίωση του οικείου φορέα του δημοσίου τομέα από την οποία να προκύπτουν το είδος και η χρονική διάρκεια της εξειδικευμένης εμπειρίας.

- Για τους ελεύθερους επαγγελματίες, υπεύθυνη δήλωση κατά το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, για το είδος και τη χρονική διάρκεια της εξειδικευμένης εμπειρίας. Σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος για συνεργασία, υποχρεωτική θα είναι η υποβολή ενσήμων ή σχετική βεβαίωση από τον ασφαλιστικό φορέα για επιβεβαίωση των στοιχείων που έχουν δηλωθεί στην Υπεύθυνη Δήλωση.

7. Ασφαλιστική και φορολογική ενημερότητα

8. Όσα επιπλέον δικαιολογητικά θα συμβάλλουν στο να σχηματιστεί μια ολοκληρωμένη εικόνα των ατομικών προσόντων και ικανοτήτων του κάθε ενδιαφερόμενου όπως τίτλους ξένης γλώσσας, αντίγραφο πιστοποιητικών γνώσης Η/Υ κλπ

9. Σύντομο βιογραφικό σημείωμα

### **Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής**

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής η οποία επέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά **είτε ηλεκτρονικά (secretary@1699.syzefxis.gov.gr) είτε αυτοπροσώπως**, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή, **είτε ταχυδρομικά με απόδειξη** στη Διεύθυνση: Γενικό Νοσοκομείο Κεφαλληνίας, Σουηδίας Αργοστόλι Κεφαλονιάς ΤΚ 28100 με την ένδειξη «Για την πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συνεργασία με ένα (1)εξωτερικό συνεργάτη κλάδου ΤΕ Ραδιολογίας-Ακτινολογίας»

Η αίτηση συμμετοχής που θα υποβληθεί ηλεκτρονικά πρέπει απαραίτητως να εμφανίζεται υπογεγραμμένη με φυσική υπογραφή. (σκαναρισμένο το σύνολο της αίτησης με τα δικαιολογητικά)

Ανυπόγραφες αιτήσεις δεν γίνονται δεκτές

### **Η χρονική περίοδος υποβολής των αιτήσεων ορίζεται από 28-8-2023 μέχρι και 1-9-2023.**

Ως ημερομηνία κατάθεσης σε περίπτωση αποστολής των αιτήσεων ταχυδρομικώς, λογίζεται η ημερομηνία αποστολής του φακέλου, η οποία αποδεικνύεται από τη σφραγίδα ταχυδρομείου ή με αποδεικτικό της εταιρείας ταχυμεταφοράς, ο οποίος μετά την αποσφράγιση του επισυνάπτεται στην αίτηση των υποψηφίων.

Αιτήσεις που θα υποβληθούν εκπρόθεσμα δεν θα ληφθούν υπόψη.

Για πληροφορίες οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στο Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του Γ. Ν. Κεφαλληνίας στα τηλέφωνα : 2671361150 και 2671361355 κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες.

Η παρούσα αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ ,στο πίνακα ανακοινώσεων της υπηρεσίας, στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου [https:// www.kefalonias-hospital.gr](https://www.kefalonias-hospital.gr) και κοινοποιείται στην 6<sup>η</sup> ΥΠΕ

### **Διαδικασία Αξιολόγησης**

Οι υποψηφιότητες θα αξιολογηθούν από τριμελή επιτροπή, η οποία θα συγκροτηθεί στην περίπτωση εκδήλωσης ενδιαφέροντος .Αίτηση η οποία δεν πληροί τις προϋποθέσεις υποβολής και όλα τα απαιτούμενα για τη θέση δικαιολογητικά και προσόντα δεν βαθμολογείται και απορρίπτεται

### **Ανακοίνωση αποτελεσμάτων**

Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης θα αναρτηθούν στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου

### **Δικαίωμα καταγγελίας σύμβασης**

Το Νοσοκομείο ως πρώτος συμβαλλόμενος διατηρεί το δικαίωμα καταγγελίας της σύμβασης σε περίπτωση διαπίστωσης ανεπαρκούς ή ελλιπούς παροχής υπηρεσίας του δεύτερου συμβαλλόμενου και προχωρά άμεσα σε αντικατάστασή του από τον αμέσως επόμενο υποψήφιο της αυτής ειδικότητας στο πίνακα κατάταξης, για το υπολειπόμενο χρονικό διάστημα και μέχρι συμπλήρωσης της διάρκειας των δώδεκα(12)μηνών.

**Ο Διοικητής του Γ.Ν. Κεφαλληνίας**

**ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΜΑΡΤΙΝΗΣ**