



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΛΑΡΙΣΑ 15/12/2023
Αριθμ. Πρωτ. 109331

ΔΙΟΙΚΗΣΗ
5^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας

Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

Τηλέφωνο : 2413 - 500875,857,844

E-mail : hr@dypethessaly.gr

Θέμα : 3^η Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την πρόσληψη ενός (1) ατόμου κατηγορίας ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ στο Κ.Υ ΓΟΝΝΩΝ, σε συνέχεια της υπ' αριθμ. 92401/27.10.2023 Πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την πρόσληψη έντεκα (11) ατόμων κατηγορίας ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ, με σύμβαση χρονικής διάρκειας δώδεκα (12) μηνών και με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για την κάλυψη αναγκών των Κέντρων Υγείας ΑΓΙΑΣ, ΓΟΝΝΩΝ, ΖΑΓΟΡΑΣ, ΣΚΙΑΘΟΥ, ΠΑΛΑΜΑ, ΣΟΦΑΔΩΝ και του ΠΠΙ ΣΚΥΡΟΥ, αρμοδιότητας 5^{ης} Υ.Πε.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΗΣ 5^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

Έχοντας υπόψη :

1. Τις διατάξεις του άρθρου 10 του ν.3329/2005(ΦΕΚ 81/Α/2005) «Εθνικό Σύστημα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» όπως αντικαταστάθηκε αρχικά από το άρθρο τρίτο του ν.4542/2018(Α'95) και εν συνεχεία από το άρθρο 36 του ν.4633/2019(Α'161).
2. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 41 του ν.4058/2012(Α'63), όπως αρχικά αντικαταστάθηκε από το άρθρο 44 του ν.4486/2017(Α'115), εν συνεχεία τροποποιήθηκε με το άρθρο 47 του ν.4633/2019(ΦΕΚ 161) τεύχος Α, το άρθρο 104 του ν. 5034/2023 (ΦΕΚ 69) τεύχος Α' και τροποποιήθηκε με το άρθρο 5 του Ν.5046/29-7-2023 και ισχύει.
3. Τη υπ' αριθμ. πρωτ. Γ4β/Γ.Π.οικ.: 65128/16-9-2019 (ΦΕΚ 751/τ. Υ.Ο.Δ.Δ./18.09.2019) Απόφαση του Υπουργού Υγείας για διορισμό του κ. Φώτιου Σερέτη ως Διοικητή της 5ης Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδος, όπως παρατάθηκε και ισχύει σύμφωνα με την υπ' αριθμ. πρωτ.Γ4β/Γ.Π.οικ.44310/28-07-2022 (ΦΕΚ 670/τ.Υ.Ο.Δ.Δ/30-07-2022) Απόφαση του Υπουργού και της Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας
4. Τη με αριθμό πρωτ. 84730/4-10-2023 Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης και τον Πίνακα Πιστώσεων προϋπολογισμού της Διεύθυνσης Οικονομικών Υπηρεσιών της 5ης Υ.ΠΕ.
5. Την από 05-10-2023 αιτιολογημένη εισήγηση του Διοικητή της 5^{ης} Υ.Πε. με τα παραρτήματα Ια και Ιβ από τα οποία προκύπτει η αναγκαιότητα της πρόσληψης προσωπικού ΔΕ Οδηγών, με δελτίο απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για τα Κέντρα Υγείας Αγίας, Γόννων, Ζαγοράς, Σκιάθου, Παλαμά, Σοφάδων και για το ΠΠΙ Σκύρου.
6. Το με αριθμό πρωτ. 85339/5-10-2023 έγγραφο της 5ης Υ.Πε προς το Υπουργείο Υγείας για έγκριση συνεργασίας των ανωτέρω Κέντρων Υγείας με έντεκα (11) άτομα κατηγορίας ΔΕ Οδηγών, με έκδοση δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών.

7. Τη με αριθμ Γ4β/52010/26.10.2023 Εγκριτική Απόφαση της Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας με θέμα **«Έγκριση συνεργασίας των ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΑΣ, ΓΟΝΝΩΝ, ΖΑΓΟΡΑΣ, ΣΚΙΑΘΟΥ, ΠΑΛΑΜΑ, ΣΟΦΑΔΩΝ και του ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΣΚΥΡΟΥ με έντεκα (11) εξωτερικούς συνεργάτες κλάδου ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών».**
8. Τις επιτακτικές υπηρεσιακές ανάγκες, για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία των ανωτέρω Κέντρων Υγείας , αρμοδιότητας της 5ης Υ.ΠΕ.
9. Την υπ' αριθμ. 92401/27.10.2023 Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την πρόσληψη έντεκα (11) ατόμων κατηγορίας ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ, με σύμβαση χρονικής διάρκειας δώδεκα (12) μηνών και με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για την κάλυψη αναγκών των Κέντρων Υγείας Αγίας, Γόννων, Ζαγοράς, Σκιάθου, Παλαμά, Σοφάδων και του Π.Π.Ι. Σκύρου.
10. Τις με αρ. πρωτ.: 96334/8-11-2023 και 94650/13-11-2023 Αποφάσεις πρόσληψης δύο (2) ατόμων, κλάδου ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για χρονικό διάστημα (12) μηνών στο Κ.Υ. ΓΟΝΝΩΝ αρμοδιότητας της 5ης Υγειονομικής Περιφέρειας
11. Τις με αρ. πρωτ.: 98252/13-11-2023 και 101340/22-11-2023 Υπεύθυνες δηλώσεις των συμβαλλόμενων, περί μη αποδοχής της θέσης τους για συνεργασία με το Κ.Υ. ΓΟΝΝΩΝ με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για χρονικό διάστημα (12) μηνών.
12. Τη με αρ. πρωτ. 101558/22.11.2023 2^η Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την πρόσληψη ενός (1) ατόμου κατηγορίας ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ στο Κ.Υ ΓΟΝΝΩΝ, αρμοδιότητας 5ης Υ.Πε., στο πλαίσιο της οποίας δεν κατατέθηκαν αιτήσεις.
13. Το γεγονός ότι από τις δύο (2) θέσεις κατηγορίας ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ στο Κέντρο Υγείας Γόννων παραμένει άγονη η μια (1) θέση.

Κ Α Λ Ε Ι

Σε ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ για την κάλυψη των αναγκών του Κέντρου Υγείας Γόννων, αρμοδιότητας της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, και ειδικότερα για συνεργασία με **έναν (01) εξωτερικό συνεργάτη κλάδου ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ, με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών,** ως ακολούθως:

Α/Α	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ – ΚΛΑΔΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ
1	Κ.Υ. ΓΟΝΝΩΝ	ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ	1	12 μήνες
		Σύνολο :	1	

Οι μηνιαίες αποδοχές ανέρχονται σε **1.400 ευρώ, συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ, των ασφαλιστικών εισφορών και των λοιπών κρατήσεων.** Η εργασία που θα παρέχει είναι πλήρους απασχόλησης αλλά όχι αποκλειστικής, σύμφωνα με τις ανάγκες και το πρόγραμμα του ανωτέρω Κέντρου Υγείας.

Επιθυμητά προσόντα:

1. Έλληνες πολίτες
2. Οι υποψήφιοι πρέπει να έχουν 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 έχουν καταδικαστεί για λιποταξία με τελεσίδικη απόφαση.

6. Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στην Δ.Ο.Υ ως επιτηδευματίες.
7. Να έχουν τον απαιτούμενο τίτλο σπουδών

Απαιτούμενα Δικαιολογητικά

1. Αίτηση
2. Αναλυτικό Βιογραφικό Σημείωμα
3. Αντίγραφο των δυο όψεων της αστυνομικής ταυτότητας
4. Αντίγραφο τίτλου σπουδών:

ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ (Γ' ή Δ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ)

α) Άδεια οδήγησης αυτοκινήτου Γ' ή Δ' ή C ή D κατηγορίας (Π.Δ. 51/2012 όπως ισχύει),

β) Πιστοποιητικό Επαγγελματικής Ικανότητας (ΠΕΙ)

γ) Οποιοδήποτε πτυχίο ή δίπλωμα ή απολυτήριο τίτλος δευτεροβάθμιας ή μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης της ημεδαπής ή άλλος ισότιμος τίτλος της αλλοδαπής, ανεξαρτήτως ειδικότητας

ή

Απολυτήριο τίτλος υποχρεωτικής εκπαίδευσης (απολυτήριο τριταξίου γυμνασίου ή για υποψηφίους που έχουν αποφοιτήσει μέχρι και το 1980 απολυτήριο δημοτικού σχολείου) ή ισοδύναμο απολυτήριο τίτλο κατώτερης Τεχνικής Σχολής του Ν.Δ. 580/1970 ή απολυτήριο τίτλο Εργαστηρίων Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης του άρθρου 1 του Ν. 2817/2000 της ημεδαπής ή άλλος ισότιμος τίτλος της αλλοδαπής

και αντίστοιχη εμπειρία τουλάχιστον τριών (3) ετών, μετά την απόκτηση της παραπάνω άδειας οδήγησης αυτοκινήτου

5. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης (τελευταίου εξαμήνου)
6. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία να αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για ποινικά αδικήματα
7. 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 δηλώνεται 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.
8. Βεβαίωση προϋπηρεσίας από τον ασφαλιστικό φορέα
9. Πρόσφατη βεβαίωση από τον ΟΑΕΔ για την απόδειξη του χρόνου ανεργίας.

Επισημαίνεται ότι, επειδή οι επιτυχόντες θα παρέχουν υπηρεσίες ως Οδηγοί Ασθενοφόρων, μόλις προσληφθούν και πριν αναλάβουν καθήκοντα, θα εκπαιδευτούν σε βασικές γνώσεις παροχής πρώτων βοηθειών.

Υποβολή Αιτήσεων Συμμετοχής

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλουν αίτηση συμμετοχής η οποία επέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης, μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά από τις 15.12.2023 έως και τις 22.12.2023, είτε αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή, είτε ταχυδρομικά με απόδειξη στην παρακάτω Διεύθυνση, συμπληρώνοντας το Κέντρο Υγείας της επιθυμίας τους:

5^η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας,

Μεζούρλο ΤΘ 2101 Τ.Κ. 41110,

με την ένδειξη

«Για την Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την πρόσληψη ατόμων κατηγορίας ΔΕ Οδηγών, με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών για το Κ.Υ. ΓΟΝΝΩΝ»

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 μετά την ανωτέρω ημερομηνία, θα απορρίπτονται ως εκπρόθεσμες και δεν θα αξιολογούνται.

Διαδικασία Αξιολόγησης:

Οι υποψηφιότητες θα αξιολογηθούν από τριμελή επιτροπή αξιολόγησης, η οποία θα συγκροτηθεί στην περίπτωση εκδήλωσης ενδιαφέροντος. Υποβληθείσα 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 της 5^{ης} Υ.Πε.

Δικαίωμα καταγγελίας σύμβασης

Ο Διοικητής της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, ως πρώτος συμβαλλόμενος της σύμβασης που θα υπογραφεί διατηρεί το δικαίωμα καταγγελίας της σύμβασης σε περίπτωση διαπίστωσης ανεπαρκούς ή ελλιπούς παροχής υπηρεσίας του δεύτερου συμβαλλόμενου (προσλαμβανόμενου) και προχωρά άμεσα σε αντικατάστασή του από τον αμέσως επόμενο υποψήφιο αυτής της ειδικότητας στο πίνακα κατάταξης, για το υπολειπόμενο χρονικό διάστημα.

Ο Διοικητής της 5^{ης}
Υγειονομικής Περιφέρειας
Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας

ΦΩΤΗΣ ΣΕΡΕΤΗΣ

<u>ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ</u>	<u>ΠΡΟΣ</u>
	5 ^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΟΝΟΜΑ	Παρακαλώ να εξετάσετε την αίτησή μου για τη θέση του κλάδου ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ για το Κέντρου Υγείας Γόννων κατόπιν της από 109331/15.12.2023 πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος της 5^{ης} Υ.ΠΕ
ΕΠΙΘΕΤΟ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	
ΚΑΤΟΙΚΟΣ	
ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘΜΟΣ	
ΤΚ	
Α.Δ. Ταυτότητας	
ΤΗΛ	
ΚΙΝ. ΤΗΛ.	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:	
Συνημμένα δικαιολογητικά: 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6.....	Ημερομηνία Ο/Η Αιτών/ούσα (υπογραφή)