



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ
5^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας

ΛΑΡΙΣΑ 02/02/2026
Αριθμ. Πρωτ. 8366

**Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ**

Τηλέφωνο : 2413 - 500832,857
E-mail : hr@dypethessaly.gr

Θέμα : Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την πρόσληψη ενός (1) ατόμου κατηγορίας ΠΕ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ για το ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ – ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΤΡΙΚΑΛΩΝ, αρμοδιότητας της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας, για χρονική διάρκεια δώδεκα (12) μηνών, με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών.

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) και εν συνεχεία τροποποιήθηκε με το άρθρο 47 του ν.4633/2019(ΦΕΚ 161)τεύχος Α και το άρθρο 104 του ν. 5034/2023 (ΦΕΚ 69 / Α'), με το άρθρο 5 του Ν.5046/29-7-2023(ΦΕΚ 137 Α') και με το άρθρο 27 του ν.5012/2024 (ΦΕΚ 55/Α) και το άρθρο 34 του ν.5161/2024(Α'196/29.11.2024) και ισχύει..
3. Το άρθρο 6 του ν.5129/2024(Α'124) «Δομές Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας που εντάσσονται στο Εθνικό Δίκτυο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας».
4. Την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π. οικ. 42232/07-08-2024 απόφαση του Υπουργού και του Υφυπουργού Υγείας (ΦΕΚ 855/09-08-2024 τεύχος ΥΟΔΔ) με την οποία διορίστηκε ως Διοικητής της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας – Στερεάς Ελλάδας ο κ. Φώτιος Σερέτης.
5. Το με αριθμ πρωτ. 107797/22.01.2026 (Ο.Ε.) αίτημα της 5^{ης} Υ.Πε προς το Υπουργείο Υγείας και την αρ. πρωτ. 106551/22.01.2026 (Ο.Ε.) Απόφαση του Διοικητή της 5^{ης} Υ.Πε. Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας.
6. Την αρ. πρωτ. 5615/20.01.2026 Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης της Οικονομικής Δ/νσης της 5^{ης} Υ.Πε.
6. Τη με αριθμ Γ4β/58913/2025/28.01.2026 Εγκριτική Απόφαση του Υφυπουργού Υγείας με θέμα «Έγκριση συνεργασίας της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας με έναν (1) εξωτερικό συνεργάτη ειδικότητας ΠΕ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών».
7. Τις αυξημένες ανάγκες σε προσωπικό του ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ – ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΤΡΙΚΑΛΩΝ, αρμοδιότητας 5^{ης} Υ.Πε.

ΚΑΛΕΙ

Σε ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ για την κάλυψη των αναγκών του **ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ – ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΤΡΙΚΑΛΩΝ**, αρμοδιότητας της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, και ειδικότερα για συνεργασία **με ένα (1) άτομο ειδικότητας ΠΕ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ, με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών.** Η διάρκεια της σύμβασης είναι **δώδεκα (12) μήνες**, ενώ οι μηνιαίες αποδοχές ανέρχονται σε **1.800 ευρώ για την κατηγορία ΠΕ, συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ, των ασφαλιστικών εισφορών και των λοιπών κρατήσεων.** Η εργασία που θα παρέχει είναι πλήρους απασχόλησης αλλά όχι αποκλειστικής.

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:

α) Πτυχίο ή δίπλωμα Ψυχολογίας ή Φιλοσοφίας Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας με ειδίκευση στην Ψυχολογία [για αποφοίτους έως 31/12/1993 που πληρούσαν τις προϋποθέσεις του ν.991/1979 (Α' 278), όπως ισχύει], Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ακαδημαϊκά ισοδύναμος ή ισότιμος τίτλος αντίστοιχης ειδικότητας σχολών της αλλοδαπής.

β) Η απαιτούμενη άδεια άσκησης επαγγέλματος ή βεβαίωση ότι πληροί όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του επαγγέλματος από την αρμόδια διοικητική αρχή.

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.

Υποβολή Αιτήσεων Συμμετοχής

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλουν αίτηση συμμετοχής η οποία επέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά **από τις 03.02.2026 έως και τις 10.02.2026.**

Οι αιτήσεις μπορούν να υποβληθούν 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:

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 ενός (1) ατόμου ειδικότητας ΠΕ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ για το ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ – ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΤΡΙΚΑΛΩΝ**

με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών

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 αποσφράγισή 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

Οι Αποφάσεις Πρόσληψης θα αναρτηθούν στην Διαύγεια.

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

| ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ | ΠΡΟΣ |
|---|--|
| | 5 ^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ |
| ΟΝΟΜΑ | <p>Παρακαλώ να εξετάσετε την αίτησή μου για τη θέση ΠΕ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ για το ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ – ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΤΡΙΚΑΛΩΝ κατόπιν της υπ αριθμ./.....-.....-202..... πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος της 5^{ης} Υ.ΠΕ</p> |
| ΕΠΙΘΕΤΟ | |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ | |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ | |
| ΚΑΤΟΙΚΟΣ | |
| ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘΜΟΣ | |
| ΤΚ | |
| Α.Δ. Ταυτότητας | |
| ΤΗΛ | |
| ΚΙΝ. ΤΗΛ. | |
| ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: | |
| | |
| <p>Συνημμένα δικαιολογητικά:</p> <p>1.....</p> <p>2.....</p> <p>3.....</p> <p>4.....</p> <p>5.....</p> <p>6.....</p> | |