



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

5η Υγειονομική Περιφέρεια  
 Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας  
**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ**  
**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΒΑΣ**  
**ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΗΣ ΕΔΡΑΣ**  
**ΛΙΒΑΔΕΙΑ-Γ.Ν.ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ**

Λιβαδειά 02/07/2018

Αρ. Πρωτ. ΔΣ/652

Τέρμα Αγ. Βλασίου, 32100,  
 Ταχ. Δ/ση: Λιβαδειά  
 Διοικητική-Οικονομική  
 Διεύθυνση: Υπηρεσία  
 Τηλέφωνο: 2261084265  
 FAX: 2261026924

**ΘΕΜΑ: «Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την πρόσληψη προσωπικού με απόδειξη παροχής υπηρεσιών στο Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς».**

Έχοντας υπόψη:

- 1) Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 41 του Ν. 4058/2012 (ΦΕΚ 63/Α/2012)
- 2) Την Αριθμ. Υ4α/39192/12 (ΦΕΚ 1246 Β/11-4-2012) κοινή απόφαση των Υπουργών Διοικητικής Μεταρρύθμισης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης –Οικονομικών- Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης <<Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Γ.Ν. Λιβαδειάς>> ως ισχύει.
- 3) Την Αριθμ. Υ4α/οικ.123911/12 (ΦΕΚ 3510 Β/31-12-2012) κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών- Διοικητικής Μεταρρύθμισης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης –Υγείας <<Ενοποιημένος Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Λιβαδειάς και του Γενικού Νοσοκομείου Θήβας>>.
- 4) Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 182 του Ν. 4261/2014 (ΦΕΚ 107/Α/2014).
- 5) Τις διατάξεις του άρθρου 44 του Ν. 4486/2017 (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017).
- 6) Τις διατάξεις της παρ. 2 και 3 του άρθρου 34 του Ν. 4325/2015 (ΦΕΚ 47/Α/2015)
- 7) Τις υπ' αριθμ. 29/30-08-2017 (θέμα 2<sup>ο</sup>) & 6/21-03-2018 (θέμα 9<sup>ο</sup> ΕΗΔ) αποφάσεις του Δ.Σ. του Γενικού Νοσοκομείου Λιβαδειάς- Γενικού Νοσοκομείου Θηβών.
- 8) Το αρ. ΔΣ/270Α/29-03-2018 έγγραφο-αίτημα του Γενικού Νοσοκομείου Λιβαδειάς.
- 9) Την υπ' αριθμ. Γ 4 β / Γ . Π . 2 7 9 4 9 / 7 - 5 - 2 0 1 8 απόφαση του Υπουργού Υγείας.
- 10) Τις ανάγκες για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του Γενικού Νοσοκομείου Λιβαδειάς

Το Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς για την κάλυψη των αναγκών του σε προσωπικό και για την προσήκουσα λειτουργία του, ενδιαφέρεται να συνεργαστεί με άτομα των εξής ειδικοτήτων: **ΤΕ Νοσηλευτικής, ΔΕ Αδελφών Νοσοκόμων και ΔΕ Χειριστών Ιατρικών Συσκευών**, υπό καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους, για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους και ως ακολούθως:

Α/Α	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡ.ΑΤΟΜΩΝ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
1	ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	4	Η συνεργασία αφορά σε 8ωρη παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών, εντός του πλαισίου προγράμματος της νοσηλευτικής υπηρεσίας 5 ημέρες την εβδομάδα σε κυκλικό ωράριο. Έναντι συνολικής μικτής αμοιβής μηνιαίως 1.300,00€ (15.600,00 ευρώ ετησίως), συμπεριλαμβανομένου του φόρου των ασφαλιστικών κρατήσεων και των λοιπών κρατήσεων (σύμφωνα με τον Ν. 4387/2016) ,έκαστος.
2	ΔΕ ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ	2	Η συνεργασία αφορά σε 8ωρη παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών, εντός του πλαισίου προγράμματος της νοσηλευτικής υπηρεσίας 5 ημέρες την εβδομάδα σε κυκλικό ωράριο. Έναντι συνολικής μικτής αμοιβής μηνιαίως 1.150,00€ (13.800,00 ευρώ ετησίως), συμπεριλαμβανομένου του φόρου των ασφαλιστικών κρατήσεων και των λοιπών κρατήσεων(σύμφωνα με τον Ν. 4387/2016) , έκαστος.
3	ΔΕ ΧΕΙΡΙΣΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ	1	Η συνεργασία αφορά σε 8ωρη παροχή υπηρεσιών, εντός του πλαισίου προγράμματος της υπηρεσίας 5 ημέρες την εβδομάδα σε κυκλικό ωράριο. Έναντι συνολικής μικτής αμοιβής μηνιαίως 1.150,00€ (13.800,00 ευρώ ετησίως)

			συμπεριλαμβανομένου του φόρου, των ασφαλιστικών κρατήσεων και των λοιπών κρατήσεων(σύμφωνα με τον Ν. 4387/2016) .
--	--	--	---

### ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΣΩΝΤΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ

1. Να είναι Έλληνες πολίτες ή για όσους έχουν αποκτήσει την ελληνική ιθαγένεια με πολιτογράφηση πρέπει να έχει παρέλθει ένα (1) τουλάχιστον έτος από την απόκτησή της, μέχρι την ημερομηνία λήξεως της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων. Δικαιούνται να είναι υποψήφιοι και όσοι απέκτησαν την ελληνική ιθαγένεια με πολιτογράφηση αλλά δεν έχει παρέλθει έτος από την απόκτηση της εφόσον μέχρι την απόκτηση της ήταν υπήκοοι κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

**Εξαιρέση:** Δικαιούνται να εκδηλώσουν ενδιαφέρον και πολίτες των λοιπών Κρατών- μελών της Ευρωπαϊκής Ενώσεως. Για τους πολίτες αυτούς απαιτείται η γνώση της Ελληνικής γλώσσας σε βαθμό επαρκή για την άσκηση των καθηκόντων του οικείου κλάδου, η οποία αποδεικνύεται με πιστοποιητικό ελληνομάθειας (Ν. 2413/1996 άρθρο 10 παρ.1) που χορηγείται από το Κέντρο Ελληνικής γλώσσας [τηλ. (2310) 459101 και (210) 3443384] ή αντίστοιχο πιστοποιητικό του Σχολείου της Ελληνικής γλώσσας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, (Πανεπιστημιούπολη Θεσσαλονίκης Τ.Κ. 54 006, Τηλ. 2310/997571-72-76).

2. Οι υποψήφιοι πρέπει να έχουν συμπληρώσει το 21<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους.
3. Να είναι υγιείς και να έχουν την φυσική καταλληλότητα που τους επιτρέπει την εκτέλεση των καθηκόντων τους.
4. Κατά το χρόνο λήξεως της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων και κατά τον χρόνο έναρξης της συνεργασίας: α) Να μην έχουν καταδικαστεί για κακούργημα ή σε οποιαδήποτε άλλη ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, δωροδοκία ή δωροληψία, καταπίεση, απιστία περί την υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος, συκοφαντική δυσφήμιση καθ' υποτροπή ή εγκλήματα της γενετήσιας ελευθερίας ή οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής, β) Να μην είναι υπόδικοι λόγω παραπομπής με τελεσίδικο βούλευμα για κακούργημα ή για πλημμέλημα της προηγούμενης περίπτωσης, έστω και αν το αδίκημα παραγράφηκε, γ) Να μην έχουν λόγω καταδίκης στερηθεί τα πολιτικά τους δικαιώματα και δεν έχει λήξει ο χρόνος που ορίστηκε για τη στέρηση, δ) Να μην τελούν είτε υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) είτε υπό επικουρική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) είτε υπό συνδυασμό και των δύο προηγούμενων, ε) Να μην έχουν απολυθεί από θέση δημοσίου υπαλλήλου ή

υπαλλήλου Ν.Π.Δ.Δ., Ο.Τ.Α., ή Ν.Π.Ι.Δ. του άρθρου 14 του Ν.2190/1994 όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 παρ.1 του Ν.2527/1997 ή Ν.Π.Ι.Δ. της παρ.3 του άρθρου 1 του Ν.2527/1997, λόγω επιβολής της πειθαρχικής ποινής της οριστικής παύσης ή λόγω καταγγελίας της σύμβασης εργασίας για σπουδαίο λόγο οφειλόμενο σε υπαιτιότητα του εργαζομένου και δεν έχει παρέλθει πενταετία από την απόλυση.

Σημείωση: Η απονομή χάριτος δεν αίρει το κώλυμα από ποινική καταδίκη του ενδιαφερόμενου, εφόσον μέχρι την τελευταία ημέρα υποβολής των αιτήσεων δεν έχει εκδοθεί, κατά το άρθρο 47 παρ.1 του Συντάγματος, διάταγμα που να αίρει το σχετικό κώλυμα για το συγκεκριμένο ενδιαφερόμενο.

Τα ανωτέρω κωλύματα δεν ισχύουν για άτομα τα οποία έχουν εκτίσει την ποινή ή τα μέτρα ασφαλείας που τους έχουν επιβληθεί ή έχουν απολυθεί υπό όρο.

5. Οι άνδρες μέχρι τη λήξη της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν απαλλαγεί νόμιμα από αυτές κατ' αναλογία του άρθρου 5 του Ν.2683/1999.
6. Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στη ΔΟΥ ως επιτηδευματίες

### **Απαραίτητα Τυπικά Προσόντα :**

#### **ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

1. Πτυχίο ή δίπλωμα τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ ή το ομώνυμο πτυχίο ή δίπλωμα Προγραμμάτων Σπουδών Επιλογής (Π.Σ.Ε.) ΤΕΙ ή αντίστοιχο κατά ειδικότητα πτυχίο ή δίπλωμα ΤΕΙ ή Προγραμμάτων Σπουδών Επιλογής (Π.Σ.Ε.) 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.
2. Άδεια άσκησης επαγγέλματος Νοσηλευτού- Νοσηλεύτριας (ΤΕ) ή Βεβαίωση ότι πληροί όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του επαγγέλματος Νοσηλευτή – Νοσηλεύτριας.
3. Ταυτότητα μέλους της Ένωσης Νοσηλευτών/τριών Ελλάδος (ΕΝΕ), η οποία να είναι σε ισχύ ή Βεβαίωση Ανανέωσης Εγγραφής στην Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΝΕ) του τρέχοντος έτους ή Βεβαίωση εγγραφής στην Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας (ΕΝΕ), για όσους εγγράφονται για πρώτη φορά, η οποία είναι σε ισχύ μέχρι το τέλος Φεβρουαρίου του επόμενου έτους από την έκδοσή της, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 4, παρ.5 του ν.3252/2004.

**ΔΕ ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ**

1. Πτυχίο ή δίπλωμα ή απολυτήριο τίτλος Μέσης Τεχνικής Επαγγελματικής Νοσηλευτικής Σχολής (ΜΤΕΝΣ) ή ειδικοτήτων Βοηθών Νοσηλευτών ή Βοηθών Νοσοκόμων ή Νοσηλευτικής ή Νοσηλευτικής Τραυματολογίας (Βοηθός Τραυματολογίας ορθοπεδικής) ή Νοσηλευτικής Χειρουργείου ή Νοσηλευτικής Ογκολογικών Παθήσεων (Ειδικής Νοσηλευτικής) ή Νοσηλευτικής Μονάδων Εντατικής Θεραπείας ή Νοσηλευτικής Ατόμων με Ψυχικές Παθήσεις ή Βοηθός Νοσηλευτικής Μαιευτικής ή Βοηθός Νοσηλευτικής Γενικής Νοσηλείας ή Βοηθός Νοσηλευτικής Τραυματολογίας ή Βοηθός Νοσηλευτικής Χειρουργείου ή Βοηθός Νοσηλευτικής Ογκολογικών παθήσεων ή Βοηθός Νοσηλευτικής Μονάδων Εντατικής Θεραπείας ή Βοηθός Νοσηλευτικής Ατόμων με Ειδικές παθήσεις ή Βοηθών Γενικής Νοσηλείας ή Βοηθός Νοσηλευτή ή αντίστοιχο πτυχίο ή δίπλωμα ή απολυτήριο τίτλος των παρακάτω σχολικών μονάδων : ΙΕΚ ή Επαγγελματικού Λυκείου ή Τεχνικού Επαγγελματικού Εκπαιδευτηρίου Α΄ ή Β΄ κύκλου σπουδών ή Ενιαίου Πολυκλαδικού Λυκείου ή Τεχνικού Επαγγελματικού Λυκείου ή Σχολής Επαγγελματικής Κατάρτισης ή Επαγγελματικής Σχολής ή Τεχνικής Επαγγελματικής Σχολής δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ή σχολής μαθητείας του ΟΑΕΔ του Ν. 1346/1983 ή Ν. 3475/2006 ή άλλος ισότιμος τίτλος σχολικής μονάδας της ημεδαπής ή αλλοδαπής, , αντίστοιχης ειδικότητας
2. Άδεια άσκησης επαγγέλματος βοηθού νοσηλευτή ή Βεβαίωση ότι πληροί όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του επαγγέλματος βοηθού νοσηλευτή.

**ΔΕ ΧΕΙΡΙΣΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ**

1. Πτυχίο ή δίπλωμα ή απολυτήριο τίτλος ειδικότητας Ιατρικών Συσκευών Απεικονίσεων ή Ιατρικών Συσκευών Ακτινοθεραπείας ή Βοηθών Ακτινολογικών Εργαστηρίων ή Χειριστών Ιατρικών Συσκευών ή Βοηθών Ιατρικών Συσκευών ή Βοηθός Ραδιολογίας και Ακτινολογίας αντίστοιχο πτυχίο ή δίπλωμα ή απολυτήριο τίτλος των παρακάτω σχολικών μονάδων : ΙΕΚ ή Επαγγελματικού Λυκείου ή Τεχνικού Επαγγελματικού Εκπαιδευτηρίου Α΄ ή Β΄ κύκλου σπουδών ή Ενιαίου Πολυκλαδικού Λυκείου ή Τεχνικού Επαγγελματικού Λυκείου ή Σχολής Επαγγελματικής Κατάρτισης ή Επαγγελματικής Σχολής ή Τεχνικής Επαγγελματικής Σχολής δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ή σχολής μαθητείας του ΟΑΕΔ του Ν. 1346/1983 ή Ν. 3475/2006 ή άλλος ισότιμος τίτλος σχολικής μονάδας της ημεδαπής ή αλλοδαπής, αντίστοιχης ειδικότητας.

**ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ:****1. ΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ.****2. ΕΜΠΕΙΡΙΑ**

Ως εμπειρία των παραπάνω θέσεων νοείται η απασχόληση με σχέση εργασίας ή σύμβαση έργου στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ή άσκηση επαγγέλματος σε καθήκοντα έκαστης αντίστοιχης θέσης.

### 3. ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ.

Μετά τον έλεγχο των δικαιολογητικών οι υποψήφιοι που κατέχουν τα απαραίτητα τυπικά προσόντα θα κληθούν σε προσωπική συνέντευξη από τριμελή επιτροπή αξιολόγησης και επιλογής.

Η Επιτροπή αξιολόγησης και επιλογής καταρτίζει πίνακα κατάταξής τους και τον υποβάλει μαζί με το σχετικό πρακτικό στο Δ.Σ. για έγκριση.

### ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ

Οι υποψήφιοι υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής η οποία επέχει και θέση υπεύθυνης Δήλωσης μαζί με τα απαραίτητα, κατά περίπτωση, δικαιολογητικά με τα οποία αποδεικνύονται τα προσόντα ή οι ιδιότητες που επικαλούνται στην αίτησή τους και την υποβάλουν, 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:

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ  
ΤΕΡΜΑ ΑΓΙΟΥ ΒΛΑΣΙΟΥ  
ΤΚ 32100, ΛΙΒΑΔΕΙΑ

**Για την πρόσκληση εκδήλωσης Ενδιαφέροντος: ΔΣ/652/02-07-2018**

Η χρονική περίοδος υποβολής των αιτήσεων ορίζεται από **03/07/2018** έως και **11/07/2018**.

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.

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να αναζητήσουν την πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος και το ειδικό έντυπο αίτησης στην ηλεκτρονική διεύθυνση του Γενικού Νοσοκομείου Λιβαδειάς <http://www.levadiahospital.gr/> ή να προσέλθουν στο Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού

του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ προκειμένου να τα παραλάβουν ιδιοχείρως.

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

- 1) Αντίγραφο των δυο όψεων της Αστυνομικής Ταυτότητας, από την οποία να προκύπτει η χρονολογία γέννησης.
- 2) Αντίγραφο τίτλων σπουδών, στους οποίους θα αναγράφεται αριθμητικά και ο βαθμός επίδοσης.
- 3) Αντίγραφο άδειας άσκησης επαγγέλματος
- 4) Βεβαίωση μέλους της ΕΝΕ
- 5) Αποδεικτικά της εργασιακής εμπειρίας, όπως:
  - i. Βεβαίωση του οικείου ασφαλιστικού φορέα, στην οποία να αναγράφεται η διάρκεια της ασφάλισης και βεβαίωση από την οποία να προκύπτει η εμπειρία, εφόσον υπάρχει.
  - ii. Υπεύθυνη Δήλωση του ενδιαφερόμενου, κατά το άρθρο 8 του ν. 1599/1986, στην οποία να δηλώνονται, επακριβώς, ο χρόνος και το είδος της εμπειρίας του καθώς και τα στοιχεία του εργοδότη, φυσικού προσώπου ή της επωνυμίας της επιχείρησης αν πρόκειται για νομικό πρόσωπο.
  - iii. Σε ειδικές περιπτώσεις και με τυχόν δικαστική απόφαση, από την οποία να προκύπτει το είδος της παρασχεθείσας εργασίας και η χρονική διάρκεια της παροχής της.
- 6) Αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα.
- 7) Τυχόν συστατικές επιστολές.
- 8) Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
- 9) Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
- 10) Λοιπά δικαιολογητικά από τα οποία προκύπτουν τα προσόντα ή ιδιότητες που επικαλούνται στην αίτησή τους.

#### **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:**

Αν δεν υποβληθούν τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, η αίτηση του ενδιαφερόμενου απορρίπτεται. Χρόνος συνδρομής των κριτηρίων και των γενικών και απαιτούμενων προσόντων είναι ο χρόνος λήξης της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων της παρούσας πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος.

Ο καταρτιζόμενος πίνακας, κατά ειδικότητα, ισχύει για έξι μήνες από της καταρτίσεώς του, η δε συνεργασία διενεργείται σύμφωνα με τη σειρά κατάταξης του πίνακα. Σε περίπτωση αποχώρησης συνεργάτη, αυτός αντικαθίσταται από τον επόμενο εγγεγραμμένο στον ως άνω πίνακα της οικείας ειδικότητας κατά την σειρά εγγραφής σε αυτόν.

#### **ΠΡΟΣΛΗΨΗ- ΛΥΣΗ ΣΥΜΒΑΣΗΣ**

Το Νοσοκομείο ως πρώτος συμβαλλόμενος διατηρεί το δικαίωμα καταγγελίας της σύμβασης, σε

περίπτωση διαπίστωσης ανεπαρκούς ή ελλιπούς παροχής υπηρεσιών του δεύτερου συμβαλλόμενου και προχωρά άμεσα σε αντικατάστασή του από τον αμέσως επόμενο υποψήφιο στον πίνακα κατάταξης για το υπολειπόμενο χρονικό διάστημα και μέχρι συμπλήρωσης της διάρκειας του ενός (1) έτους. Επιπλέον, η σύμβαση λύεται αζημίως για το Ελληνικό Δημόσιο, σε περίπτωση αποχώρησης – παραίτησης του δεύτερου συμβαλλόμενου πριν τη λήξη αυτής

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΤΟΥ Γ.Ν.ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ – Γ.Ν.ΘΗΒΩΝ

ΕΥΜΟΡΦΙΑ Ε. ΒΑΛΛΑ

#### ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

- 1.Υπουργείο Υγείας  
Δ/νση Ανθρώπινου Δυναμικού Ν.Π.  
Τμήμα Β΄
- 2.Διοίκηση της 5<sup>η</sup> ΥΠΕ Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας
- 3.Δ/ντρια Διοικητικής-Οικονομικής Υπηρεσίας
- 4.Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας
5. Δ/ντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
- 6.Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού
- 7.Τμήμα Οικονομικού
8. Γραμματεία
9. Τριμελή Επιτροπή Αξιολόγησης
10. Πίνακας Ανακοινώσεων



## ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

ΓΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ

(Αριθμ. Γ4β/Γ.Π. 27949/7-5-2018 απόφαση του Υπουργού Υγείας)

Σε ανταπόκριση της Πρόσκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος με αριθμό ΔΣ/652/02-07-2018

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΝΟΜΑ: .....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: .....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: .....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: .....

ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ: .....

Α.Δ.Τ. ....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: .....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: .....

ΒΑΣΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ: .....

## ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Α/Α	ΤΥΠΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	Αντίγραφο ΑΔΤ		
2	Αντίγραφο τίτλου σπουδών		
3	Αντίγραφο άδειας άσκησης επαγγέλματος		
4	Βεβαίωση μέλους της ΕΝΕ		
5	Πιστοποιητικά εργασιακής εμπειρίας		
6	Αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα		
7	Τυχόν συστατικές αποστολές		
8	Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης		
9	Υπεύθυνη Δήλωση		

Ο αιτών / Η αιτούσα

Υπογραφή