

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΝΟΜΟΣ ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ  
ΔΗΜΟΣ ΚΩ**

**Κως, 04/12/2018  
Αριθ.Πρωτ. 2691**

**ΚΟΙΝΩΦΕΛΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ, ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ,  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ, ΥΓΕΙΑΣ & ΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΓΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

Εθελοντών Παλαιών Πολεμιστών 1, Κως  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 2242020440  
FAX: 2242022024

**ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ υπ'αρ. ΣΜΕ 1/2018  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΑΨΗ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΜΙΣΘΩΣΗΣ ΈΡΓΟΥ**

**Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ του ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ  
της ΚΕΚΠΑΠΥΑΣ  
έχοντας υπόψη:**

1. Τις διατάξεις του άρθρου 6 του Ν. 2527/1997 (ΦΕΚ Α'206/08-10-1997), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
2. Την υπ' αρ. πρωτ. 12097/27-02-2018 εισηγητική έκθεση της Αποκεντρωμένης Διοίκησης Αιγαίου/Τμήμα Τοπ. Αυτοδιοίκησης.
3. Την υπ'αρ.πρωτ. 5759/18-04-2018 Βεβαίωση του ΑΣΕΠ για τις ειδικότητες ΠΕ ΙΑΤΡΟΣ Γενικής Ιατρικής ελλείπει αυτού ΠΕ ΙΑΤΡΟΣ Παθολόγος ελλείπει αυτού ΠΕ ΙΑΤΡΟΣ Άνευ Ειδικότητας, και ΤΕ ή ΔΕ Νοσηλεύτης/τρια.
4. Την υπ'αρ. πρωτ. 36456/17-07-2018 έγκριση συμβάσεων μίσθωσης έργου του Υπουργείου Εσωτερικής & Διοικητικής Ανασυγκρότησης, Διεύθυνση Προσωπικού Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Τμήμα Προσωπικού Ιδιωτικού Δικαίου.
5. την υπ'αρ. πρωτ. ΔΙΠΑΑΔ/Φ.ΕΓΚΡ./204/21607/10-07-2018 απόφαση της Επιτροπής του άρθρου 2 παρ. 1 της ΠΥΣ 33/2006 (ΦΕΚ 280/Α') όπως ισχύει.
6. Την υπ' αριθμ. 55790/20-09-2018 Απόφαση του Γενικού Γραμματέα της Αποκεντρωμένης Διοίκησης Νοτίου Αιγαίου που αφορά στην έγκριση πρόσληψης προσωπικού με σύμβαση μίσθωσης έργου.
7. Την υπ' αριθ. 195/2018 απόφαση Διοικητικού Συμβουλίου με την οποία καθορίζονται οι ειδικότητες του προσλαμβανόμενου προσωπικού.
8. Το γεγονός ότι δεν κατατέθηκε αίτηση ΤΕ/ΔΕ Νοσηλεύτη/τριας.
9. Το γεγονός ότι δεν κατατέθηκε αίτηση Ιατρού Γενικής Ιατρικής, ελλείπει αυτού Ιατρού Παθολόγου και ελλείπει αυτού ΠΕ Ιατρού Άνευ ειδικότητας.
10. Την υπ' αρ. πρωτ. 343/20-02-2018 βεβαίωση της Οικονομικής Υπηρεσίας για την ύπαρξη πιστώσεων.

**Ανακοινώνει**

Την επαναπροκήρυξη για την σύναψη σύμβασης μίσθωσης έργου συνολικά δύο (2) ατόμων για την κάλυψη των αναγκών του Συμβουλευτικού Δημοτικού Πολυιατρείου Κω, που εδρεύει στην Κω, συνολικής διάρκειας έως δώδεκα (12) μήνες. Στο πλαίσιο του έργου αυτού θα απασχοληθεί ανά τόπο εκτέλεσης, ειδικότητα και διάρκεια σύμβασης ο εξής αριθμός ατόμων, με τα αντίστοιχα απαιτούμενα (τυπικά και τυχόν πρόσθετα) προσόντα στα παρακάτω:

Παροχή ιατρικής περίθαλψης και παρακολούθησης των οικονομικά αδύναμων πολιτών στο Δημοτικό Πολυιατρείο Κω, παροχή ιατρικών οδηγιών, εξέταση, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ο ιατρός, παροχή νοσηλευτικής φροντίδας ο/η νοσηλεύτης/τρια.

<b>ΥΠΗΡΕΣΙΑ</b>	<b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ</b>	<b>ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ</b>
-----------------	-------------------	-----------------------	--------------------------

Συμβουλευτικό Δημοτικό Πολυιατρείο Κω	ΠΕ ΙΑΤΡΟΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ελλείπει αυτού ΠΕ ΙΑΤΡΟΣ ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ και ελλείπει αυτού ΠΕ ΙΑΤΡΟΣ ΑΝΕΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΟΣ	1	Έως δώδεκα (12) μήνες από την υπογραφή της σύμβασης
Συμβουλευτικό Δημοτικό Πολυιατρείο Κω	ΤΕ/ΔΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑ	1	Έως δώδεκα (12) μήνες από την υπογραφή της σύμβασης

Για την έγκυρη συμμετοχή των υποψηφίων στη διαδικασία επιλογής, οι ενδιαφερόμενοι πρέπει να υποβάλλουν υποχρεωτικά τα εξής δικαιολογητικά:

**1) ΠΕ ΙΑΤΡΟΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ελλείπει αυτού ΠΕ ΙΑΤΡΟΣ ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ & ελλείπει αυτού ΠΕ ΙΑΤΡΟΣ ΑΝΕΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ**

1. Αίτηση.
2. Πτυχίο ή δίπλωμα Ιατρικής ΑΕΙ ή το ομώνυμο πτυχίο ή δίπλωμα Ε.Α.Π. (ΑΕΙ) ή Π.Σ.Ε. (ΑΕΙ) της ημεδαπής ή ισότιμος τίτλος αντίστοιχης ειδικότητας σχολών της ημεδαπής ή αλλοδαπής.
3. Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος ή βεβαίωση ότι πληροί όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του επαγγέλματος του ιατρού.
4. Βεβαίωση ιδιότητας μέλους Ιατρικού Συλλόγου.
5. Άδεια χρησιμοποίησης τίτλου της αντίστοιχης Ιατρικής ειδικότητας.
6. Εκπλήρωση της υποχρεωτικής άσκησης υπηρεσίας υπαίθρου, αποδεικνυόμενης με βεβαίωση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή βεβαίωση του ίδιου Υπουργείου ότι δεν απαιτείται.
7. Υπεύθυνη δήλωση του ν.1599/2986 ότι δεν έχουν κώλυμα κατά το άρθρο 8 του υπαλληλικού κώδικα.
8. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας.
9. Βιογραφικό σημείωμα.

**2) ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑ**

1. Αίτηση.
2. 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.
3. Άδεια άσκησης επαγγέλματος Νοσηλεύτη/τριας(ΤΕ) ή Βεβαίωση ότι πληροί όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του επαγγέλματος Νοσηλευτού-Νοσηλεύτριας (ΤΕ) και
4. Ταυτότητα μέλους της Ένωσης Νοσηλευτών/τριων Ελλάδος (Ε.Ν.Ε.), η οποία να είναι σε ισχύ ή βεβαίωση ανανέωσης εγγραφής στην Ε.Ν.Ε. του τρέχοντος έτους ή βεβαίωση εγγραφής στην Ε.Ν.Ε. για όσους εγγράφονται για πρώτη φορά, η οποία να 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.
5. Φωτοαντίγραφο ταυτότητας.
6. Βιογραφικό σημείωμα.

**Εφόσον οι θέσεις δεν καλυφθούν από υποψηφίους με τα ανωτέρω προσόντα, είναι δυνατή η πρόσληψη ΔΕ Νοσηλεύτη/τριας με τα κάτωθι:**

1. Αίτηση.
2. 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 δευτεροβάθμιας ή μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης της ημεδαπής ή ισότιμος τίτλος σχολών της ημεδαπής ή αλλοδαπής, αντίστοιχης ειδικότητας,
3. Άδεια άσκησης επαγγέλματος βοηθού νοσηλευτή ή Βεβαίωση εκδιδόμενη από αρμόδια διοικητική αρχή ότι πληροί όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του επαγγέλματος βοηθού νοσηλευτή (ν. 3919/2011 & 4038/2012).
  4. Φωτοαντίγραφο ταυτότητας.
  5. Βιογραφικό σημείωμα.

Οι υποψήφιοι όλων των ειδικοτήτων πρέπει να είναι ηλικίας από **18** έως **65** ετών και να έχουν την υγεία και την φυσική καταλληλότητα που τους επιτρέπει την εκτέλεση των καθηκόντων τους.

### **ΕΝΤΟΠΙΟΤΗΤΑ**

**Προτάσσονται** των λοιπών υποψηφίων, που κατατάσσονται, με τα **ίδια τυπικά προσόντα πρόσληψης (κύρια ή επικουρικά)**, ανεξάρτητα από το σύνολο των μονάδων που συγκεντρώνουν, οι **μόνιμοι κάτοικοι** του Δήμου Κω.

### **ΕΜΠΕΙΡΙΑ**

Ως βαθμολογούμενη εμπειρία και για τις δύο ειδικότητες νοείται η απασχόληση με σχέση εργασίας ή σύμβαση έργου στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ή άσκηση επαγγέλματος σε καθήκοντα ή έργα συναφή με το αντικείμενο της ειδικότητας που ζητείται για την εκτέλεση του έργου.

### **ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλουν αίτηση με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά είτε αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή, είτε ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή, στα γραφεία της υπηρεσίας μας στην ακόλουθη διεύθυνση: Εθελοντών Παλαιών Πολεμιστών 1, 85300 Κως, υπ' όψη κας Κικέ Μαρίας (τηλ. Επικοινωνίας: 2242020440 & 2242022044).

Στην περίπτωση αποστολής των αιτήσεων ταχυδρομικώς το εμπρόθεσμο των αιτήσεων κρίνεται με βάση την ημερομηνία που φέρει ο φάκελος αποστολής, ο οποίος μετά την αποσφράγιση του επισυνάπτεται στην αίτηση των υποψηφίων.

Κατά την επιλογή θα συνεκτιμηθούν τα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα, τα οποία κατά την κοινή πείρα μαρτυρούν καταλληλότητα των επιλεγομένων για το συγκεκριμένο έργο καθώς και η προηγούμενη εμπειρία των υποψηφίων.

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να υποβάλλουν την αίτησή τους και τα απαραίτητα δικαιολογητικά **από 08/12/2018 έως και 14/12/2018**.

**Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

**ΠΗ ΒΑΣΙΛΕΙΑ**

**ΠΡΟΣ**

Την Κ.Ε.Κ.Π.Α.Π.Υ.Α.Σ

**Α Ι Τ Η Σ Η**

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ.....

ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ .....

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.....

ΠΕΡΙΟΧΗ.....

ΟΔΟΣ.....

Τ.Κ.....

ΑΡ.ΔΕΛΤ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ.....

Α.Φ.Μ.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....

Με την παρούσα αίτηση σας υποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά κατόπιν της υπ' αριθ. πρωτ. 2541/16-11-2018 Ανακοίνωσης ΣΜΕ1/2018 της Κοινωφελούς Επιχείρησης Κοινωνικής Προστασίας, Αλληλεγγύης, Πρόνοιας, Υγείας & Αστικής Συγκοινωνίας Δήμου Κω για την σύναψη σύμβασης μίσθωσης έργου διάρκειας έως ένα (1) έτος ειδικότητας ..... για την κάλυψη των αναγκών της Κοινωφελούς Επιχείρησης με αντικείμενο «Συμβουλευτικό Δημοτικό Πολυιατρείο Κω» και παρακαλώ για τις απαιτούμενες ενέργειές σας.

Ημερομηνία ...../...../2018

Ο/Η Αιτών/ούσα

**Συνημμένα:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

