

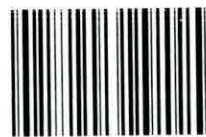


ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αγράφων 3-5, Μαρούσι
Τ.Κ. 15123
Τηλ. 2105212000
www.eody.gov.gr
Facebook: @eody
Twitter: @eody_gr

Πληροφορίες:
Διεύθυνση Διοικητικού Συντονισμού

ΤΗΛΕΜΑΧΟΣ ΖΑΚΥΝΘΙΝΟΣ, 2105212316



Ε.Ο.Δ.Υ.
ΚΠ 4317 / 2020 - 28/02/2020

Προς :
Κάθε ενδιαφερόμενο

Θέμα: Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος προσωπικού διαφόρων ειδικοτήτων με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών στο πλαίσιο αντιμετώπισης κρουσμάτων του novel corona virus 2019-nCov

Έχοντας υπόψη:

1. Το Ν. 4633/2019 (ΦΕΚ Α' 161/16-10-2019) «Σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, ρυθμίσεις για τα προϊόντα καπνού, άλλα ζητήματα του Υπουργείου Υγείας και λοιπές διατάξεις»,
2. Την Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου, ΦΕΚ Α'/ 42/ 25-02-2020 με τίτλο «Κατεπείγοντα μέτρα αποφυγής και περιορισμού της διάδοσης κορωνοϊού».
3. Το υπ' αριθμ. 4160/27-2-2020 ακριβές απόσπασμα της 9^{ης}/27-2-2020 Συνεδρίασης ΔΣ Ε.Ο.Δ.Υ. σχετικά με την απόφαση πρόσληψης εργαζομένων για την κάλυψη αναγκών του Οργανισμού στο πλαίσιο αντιμετώπισης κρουσμάτων του novel corona virus 2019-nCov,
4. Την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.13779/28-02-2020 Απόφαση του Υπουργού Υγείας, κ. Β. Κικίλια, σχετικά με την Πρόσληψη ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού επιστημονικού προσωπικού στον Ε.Ο.Δ.Υ.,
5. Την υπ' αριθ. 4180/27-02-2020 Απόφαση Ανάληψης Υποχρέωσης (ΑΔΑ910446ΜΗΨ5-ΟΗ6)
6. Το γεγονός της ύπαρξης σοβαρών κινδύνων για τη δημόσια υγεία της χώρας,

Καλεί τους ενδιαφερόμενους να συνάψουν συμβάσεις έργου στο πλαίσιο αντιμετώπισης κρουσμάτων του novel corona virus 2019-nCov, σύμφωνα με τις παρακάτω ειδικότητες ανά τοποθεσία σύμφωνα με τα κάτωθι:

Κωδικός Θέσης	Ειδικότητα	Σχέση Εργασίας	Συνολικός Αριθμός	Διάρκεια Σύμβασης	Τόπος Εργασίας
A1	ΠΕ Ιατρών	Σύμβαση Έργου	10	4 μήνες	Κεντρική Υπηρεσία ΕΟΔΥ
B1	ΠΕ ή ΤΕ Νοσηλευτών	Σύμβαση Έργου	15	4 μήνες	Κεντρική Υπηρεσία ΕΟΔΥ
Γ1	ΠΕ Διοικητικού	Σύμβαση Έργου	4	4 μήνες	Κεντρική Υπηρεσία ΕΟΔΥ
Δ1	ΠΕ Νομικών	Σύμβαση Έργου	1	4 μήνες	Κεντρική Υπηρεσία ΕΟΔΥ

Οι ενδιαφερόμενοι θα απασχοληθούν καταρχήν στην Κεντρική Υπηρεσία του ΕΟΔΥ. Ωστόσο ανάλογα με τις ανάγκες που θα ανακύψουν ο ΕΟΔΥ δύναται κατά την ελεύθερη αυτού κρίση να τους αποστείλει οπουδήποτε κρίνεται αναγκαίο ώστε να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους.

1. ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ

Σύμφωνα με τις ανωτέρω θέσεις, καταρτίζονται πίνακες κατά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα στους οποίους εντάσσονται οι υποψήφιοι όλων των προβλεπομένων από τις ισχύουσες διατάξεις κατηγοριών, κλάδων και ειδικοτήτων, με κριτήρια σύμφωνα με τα παρακάτω προσόντα:

A. ΠΕ Ιατρών, όλων των ειδικοτήτων ανάλογα με τα κριτήρια της προς κάλυψη θέση

A.1. Υποχρεωτικά Προσόντα:

- α) Πτυχίο ή δίπλωμα Ιατρικής ΑΕΙ ή το ομώνυμο πτυχίο ή δίπλωμα Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (Ε.Α.Π) ΑΕΙ ή Προγραμμάτων Σπουδών Επιλογής (Π.Σ.Ε) ΑΕΙ της ημεδαπής ή ισότιμος τίτλος σχολών της ημεδαπής ή αλλοδαπής, αντίστοιχης ειδικότητας,
- β) Άδεια άσκησης Ιατρικού επαγγέλματος ή Βεβαίωση ότι πληροί όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος,
- γ) Άδεια χρησιμοποίησης τίτλου ειδικότητας (όπου απαιτείται),
- δ) Βεβαίωση ιδιότητας μέλους Ιατρικού Συλλόγου
- ε) Εκπλήρωση της υποχρεωτικής άσκησης υπηρεσίας υπαίθρου, αποδεικνυόμενη με βεβαίωση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή βεβαίωση του ιδίου Υπουργείου ότι δεν απαιτείται.

Β. ΠΕ/ΤΕ Νοσηλευτικής

Β.1. Υποχρεωτικά Προσόντα:

α) Πτυχίο ή δίπλωμα Νοσηλευτικής ΑΕΙ ή το ομώνυμο πτυχίο ή δίπλωμα Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (Ε.Α.Π) ΑΕΙ ή Προγραμμάτων Σπουδών Επιλογής (Π.Σ.Ε) ΑΕΙ της ημεδαπής ή ισότιμος τίτλος σχολών της ημεδαπής ή αλλοδαπής, αντίστοιχης ειδικότητας, ή 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,

β) Άδεια άσκησης επαγγέλματος Νοσηλεύτη/Νοσηλεύτριας ή βεβαίωση ότι πληροί όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του επαγγέλματος Νοσηλεύτη/Νοσηλεύτριας,

γ) 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

Γ. ΠΕ Διοικητικού

Γ.1. Υποχρεωτικά Προσόντα:

α) Οποιοδήποτε πτυχίο ή δίπλωμα ΑΕΙ ή δίπλωμα Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (Ε.Α.Π) ΑΕΙ ή Προγραμμάτων Σπουδών Επιλογής (Π.Σ.Ε) ΑΕΙ της ημεδαπής ή άλλος ισότιμος τίτλος της αλλοδαπής.

Δ. ΠΕ Νομικών

Δ.1. Υποχρεωτικά Προσόντα:

α) Πτυχίο Νομικής ΑΕΙ της ημεδαπής ή ισότιμος τίτλος σχολών της ημεδαπής ή αλλοδαπής, αντίστοιχης ειδικότητας.

2. ΣΕΙΡΑ ΚΑΤΑΤΑΞΗΣ – ΔΙΕΥΚΡΙΝΗΣΕΙΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ

Η πρόσκληση διενεργείται εφόσον πληρούνται τα υποχρεωτικά προσόντα πρόσληψης, με μοναδικό κριτήριο την αύξουσα σειρά της αίτησης.

Οι προϋποθέσεις όλων των υπάρχοντων, αναφερομένων και υποβαλλομένων προσόντων από τους υποψηφίους θα πρέπει να συντρέχουν κατά το χρόνο κατάθεσης της αίτησης, λαμβανομένου δε ιδιαιτέρως υπόψη ότι ο εκάστοτε υποψήφιος μαζί με την υποβολή της αίτησής του, υπογράφει για την ορθότητα των υποβληθέντων και επικαλουμένων υπ' αυτόν στοιχείων.

Επισημαίνεται ότι υποψήφιοι, οι οποίοι δεν διαθέτουν τα ελάχιστα απαιτούμενα προσόντα, θα αποκλείονται αυτομάτως από την περαιτέρω διαδικασία αξιολόγησης.

3. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να υποβάλουν την αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος (σε κλειστό φάκελο) 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 στη Γραμματεία του Ε.Ο.Δ.Υ., Αγράφων 3-5, Μαρούσι, Τ.Κ 15123. Η υπηρεσία θα λειτουργεί τις καθημερινές από τις 8:00 έως 19:00 και το Σάββατο 29/2/2020 από τις 9:00 έως τις 13:00 για την παραλαβή των αιτήσεων των υποψηφίων.

4. ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

Οι συμβαλλόμενοι θα απασχοληθούν στο πρόγραμμα με σύμβαση έργου τετράμηνης διάρκειας με άμεση έναρξη. Το μηνιαίο μισθολογικό κόστος, συμπεριλαμβανομένων όλων των προβλεπόμενων κρατήσεων – εισφορών, διαμορφώνεται στην παροχή αμοιβών αντίστοιχων με το ενιαίο μισθολόγιο (Ν.4354/2015).

5. ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να υποβάλουν τα παρακάτω δικαιολογητικά:

1. Αίτηση – δήλωση σε ειδικό έντυπο (Παράρτημα Ι). Η αίτηση - δήλωση συμπληρώνεται με ακρίβεια και σε όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνει. Αιτήσεις σε άλλο έντυπο ή αιτήσεις στις οποίες δεν έχουν συμπληρωθεί όλα τα απαιτούμενα στοιχεία, δεν γίνονται δεκτές.
2. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1986 της προκήρυξης για την μη καταδίκη, παραπομπή, στερητική δικαστική συμπαράσταση κτλ του/της υποψηφίου/ιας.
3. Φωτοαντίγραφο πτυχίου. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται και φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης. Σε περίπτωση πτυχίων από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, απαιτείται φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου, φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ. Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Στα απλά φωτοαντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILLE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό, όπου αυτή απαιτείται.
4. Φωτοαντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος (για τους υποψήφιους ιατρούς).
5. Φωτοαντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας (για τους υποψήφιους Ιατρούς).
6. Βεβαίωση του οικείου Ιατρικού Συλλόγου στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της (για τους υποψήφιους ιατρούς).
7. Φωτοαντίγραφο Άδειας ασκήσεως επαγγέλματος (όπου απαιτείται).
8. Εγγραφή στον Επαγγελματικό Σύλλογο (όπου απαιτείται).

9. Πιστοποιητικό γέννησης ή φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου όταν πρόκειται για πολίτη κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή φωτοαντίγραφο του Δικαιώματος Άδειας Εργασίας στην Ελλάδα .

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΣΗΜΑΝΣΗΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Α Ι Τ Η Σ Η

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (Ε.Ο.Δ.Υ.)

Αγράφων 3-5, 15123, Μαρούσι

Για την:

Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος με αριθμ. πρωτ./.....

Στοιχεία αποστολέα:

Κωδικός Θέσης:

Ν Α Μ Η Ν Α Ν Ο Ι Χ Θ Ε Ι Α Π Ο Τ Η Ν Τ Α Χ Υ Δ Ρ Ο Μ Ι Κ Η Υ Π Η Ρ Ε Σ Ι Α ή Τ Η Γ Ρ Α Μ Μ Α Τ Ε Ι Α

Συμπληρωματικές ή/και διευκρινιστικές πληροφορίες για τα δικαιολογητικά, υποχρεώσεις κλπ., παρέχονται από τη Διεύθυνση Διοικητικού Συντονισμού του Ε.Ο.Δ.Υ., στο τηλέφωνο 210 5212000, κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες 09:00-15:00.

Με την υποβολή των αιτήσεων εκδήλωσης ενδιαφέροντος, οι ενδιαφερόμενοι αποδέχονται πλήρως τους όρους της παρούσας πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος, καθώς και ότι η διαδικασία δύναται με απόφαση της αναθέτουσας αρχής να διακοπεί, αναβληθεί ή επαναληφθεί με τα ίδια ή και άλλο περιεχόμενο χωρίς να μπορεί να υπάρξει οιαδήποτε αξίωση των ενδιαφερομένων έναντι της αναθέτουσας αρχής.

Ο Πρόεδρος Δ.Σ. του Ε.Ο.Δ.Υ.

Παναγιώτης Αρκουμανέας



ΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΠΡΟΐστατης
Υπεύθυνη Γραμματείας
α.α.
Ράπτης Νικόλαος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΩΔΙΚΟ

ΘΕΣΗΣ

Επώνυμο :

Όνομα :

Όνομα πατρός :

Αριθμός τηλεφώνου:

E-mail :

Ημερομηνία γέννησης :

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- A) αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθμ. πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για υποβολή πρότασης
- B) διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα (σε πρωτότυπα ή επίσημα αντίγραφα)
- Γ) για την ανάληψη του έργου και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αμοιβής δεν συντρέχει κανένα κώλυμα στο πρόσωπό μου και σε αντίθετη περίπτωση, θα φροντίσω για την άρση κάθε κωλύματος για το σκοπό αυτό, εφόσον η παρούσα πρότασή μου γίνει δεκτή.

Ημερομηνία:/..../2020

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή

Εσωτερική Διανομή :

Γραφείο Γραμματείας Προέδρου

Διεύθυνση Οικονομικού

Αυτοτελές Τμήμα Διοίκησης

Διεύθυνση Διοικητικού Συντονισμού