



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
2<sup>Η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ  
«ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ»

ΑΔΑ: 6ΚΓ346907Ο-2ΕΦ  
ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Μυτιλήνη : 09 /01 /2017  
Αρ. πρωτ. : 252

### ΑΠΟΦΑΣΗ-ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ

Έχοντας υπόψη τις διατάξεις:

1. Του άρθρου 35 του Ν.4368/2016 (ΦΕΚ 21 Α') «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις»
2. του Π.Δ. 63/2005 (ΦΕΚ 98 Α') «Κωδικοποίηση της νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα Κυβερνητικά όργανα», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
3. Του Π.Δ/γματος 73/2015 (ΦΕΚ 116 Α') «Διορισμός Αντιπροέδρου της Κυβέρνησης, Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών»
4. Την υπ'αρ.Υ25/6-10-2015 (ΦΕΚ2144 Β') απόφαση του Πρωθυπουργού «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Αναπληρωτή Υπουργό Υγείας Παύλο Πολάκη»
5. Του Π.Δ. 131/87 (ΦΕΚ 73/Α/87)
- 6.Την υπ'αρ.Α2α/Γ.Π.οικ.22211/22-3-2016 (ΦΕΚ 794 Β') Υπουργική Απόφαση «Διαδικασία και τρόπος προκήρυξης θέσεων ιατρών Ε.Σ.Υ. και προθεσμία και τρόπος υποβολής δικαιολογητικών»
7. Την υπ' αριθμ. ΔΙΠΑΑΔ/Φ.ΕΓΡ./96/25883/20.08.2015 έγκριση θέσεων
- 8.Τα υπ' αριθμ. ΔΑΑΔ 41814/26-09-2016 και ΔΑΑΔ.53375/7.12.2016 έγγραφα της Διοίκησης 2ης Υ.Πε.
9. Τον Οργανισμό του Γ.Ν. Μυτιλήνης - Γ.Ν.-Κ.Υ. Λήμνου

### ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

προκηρύσσουμε για πλήρωση τις παρακάτω θέσεις ειδικευμένων ιατρών επί τηθεία κλάδου ιατρών ΕΣΥ για το Γ.Ν. Μυτιλήνης - Γ.Ν.-Κ.Υ. Λήμνου (για το Γ.Ν. Μυτιλήνης) ως εξής:

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
------------	--------	--------

**Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται είναι τα εξής:**

1. *Αίτηση - δήλωση* σε ειδικό έντυπο το οποίο βρίσκεται αναρτημένο στον ιστότοπο του Υπουργείου Υγείας ([www.moh.gov.gr](http://www.moh.gov.gr)), στον ιστότοπο των Δ.Υ.Πε. και των Νοσοκομείων ή χορηγείται από την υπηρεσία στην οποία υποβάλλονται τα δικαιολογητικά. 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. *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.
3. *Φωτοαντίγραφο απόφασης* άδειας άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος.
4. *Φωτοαντίγραφο απόφασης* χορήγησης τίτλου ειδικότητας.
5. *Βεβαίωση* του οικείου Ιατρικού Συλλόγου στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης της.
6. *Πιστοποιητικό γέννησης* ή φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου όταν πρόκειται για πολίτη κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
7. *Βεβαίωση* εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής, όπου είναι απαραίτητη.
8. *Υπεύθυνη δήλωση* του υποψήφιου για διορισμό ιατρού, στην οποία να αναφέρονται τα εξής:
  - (α) ότι δεν έχει αρνηθεί διορισμό σε θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. ή σε αντίθετη περίπτωση, ότι έχουν συμπληρωθεί πέντε (5) χρόνια από την παρέλευση της προθεσμίας ανάληψης υπηρεσίας,
  - (β) ότι δεν έχει παραιτηθεί από θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. πριν από τη συμπλήρωση δυο (2) χρόνων από το διορισμό του ή σε αντίθετη περίπτωση ότι έχουν συμπληρωθεί πέντε (5) χρόνια από την ημερομηνία παραίτησής του.
  - (γ) ότι έχει συμπληρώσει δύο (2) χρόνια συνεχούς υπηρεσίας σε ομοιόβαθμη με την κρινόμενη θέση εάν είναι ήδη ιατρός του Ε.Σ.Υ.
9. *Για τις θέσεις* που θα προκηρυχθούν μέχρι 31-12-2017, υπεύθυνη δήλωση του υποψήφιου για διορισμό ιατρού, στην οποία να αναφέρεται ότι δεν υπηρετεί στο Ε.Σ.Υ. ή ότι έχει υποβάλλει παραίτηση από τη θέση ιατρού κλάδου Ε.Σ.Υ. στην οποία υπηρετεί. Η παραίτηση θα πρέπει να έχει υποβληθεί στον φορέα που υπηρετεί ο υποψήφιος, μέχρι τη λήξη προθεσμίας υποβολής δικαιολογητικών της εκάστοτε προκήρυξης.

10. *Βιογραφικό σημείωμα* στο οποίο να αναγράφονται περιληπτικά τα ουσιαστικά προσόντα του υποψήφιου και ιδιαίτερα εκείνα που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 8 του άρθρου 37 του Ν.2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α').

Εκτός από αυτά ο υποψήφιος μπορεί να συμπληρώσει το βιογραφικό σημείωμα με κάθε στοιχείο που κατά την κρίση του αποτελεί ουσιαστικό κριτήριο για την κρίση και αξιολόγηση του από το Συμβούλιο κρίσης.

11. *Για την απόδειξη* των ουσιαστικών προσόντων που αναφέρονται στο βιογραφικό σημείωμα, απαιτείται η υποβολή επίσημων πιστοποιητικών ή βεβαιώσεων.

12. *Οι επιστημονικές εργασίες* αναφέρονται στο βιογραφικό σημείωμα του υποψηφίου περιληπτικά. Ανάπτυξη δημοσιευμένων επιστημονικών εργασιών και επιστημονικά περιοδικά στα οποία έχουν δημοσιευθεί τέτοιες εργασίες, υποβάλλονται κατά την κρίση του υποψηφίου. Επιστημονικές εργασίες γραμμένες σε ξένη γλώσσα πρέπει να υποβάλλονται και μεταφρασμένες στην ελληνική γλώσσα.

13. *Οι πολίτες κρατών μελών* της Ευρωπαϊκής Ένωσης πρέπει να υποβάλλουν βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας, η οποία χορηγείται μετά από εξετάσεις ενώπιον της αρμόδιας επιτροπής του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) κατά τα οριζόμενα στην Δ/10424/31-3-1993 (ΦΕΚ 263 Β') υπουργική απόφαση.

Για τους ιατρούς που είναι απόφοιτοι Ελληνικού Πανεπιστημίου ή έχουν αποκτήσει τίτλο ειδικότητας στην Ελλάδα, δεν απαιτείται βεβαίωση γνώσης της ελληνικής γλώσσας.

14. *Ειδικές προϋποθέσεις* ή κωλύματα που αναφέρονται ρητά στην προκήρυξη αποδεικνύονται με την κατάθεση σχετικών πιστοποιητικών, βεβαιώσεων ή υπεύθυνων δηλώσεων που θα περιγράφονται στην ίδια την προκήρυξη.

- Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα από τις αρμόδιες προς τούτο αρχές της ημεδαπής. 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.
- Η αίτηση - δήλωση με όλα τα δικαιολογητικά, υποβάλλεται στο Νοσοκομείο ή στην Δ.Υ.Πε. που προκηρύσσει τις θέσεις εις τριπλούν, εντός είκοσι (20) ημερών.  
Αιτήσεις - δηλώσεις που υποβάλλονται μετά τη λήξη της προθεσμίας, δεν γίνονται δεκτές.
- Αιτήσεις - δηλώσεις μαζί με τα δικαιολογητικά, μπορούν να υποβάλλονται και ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή ή με εταιρεία ταχυμεταφοράς, μέσα στην ορισθείσα προθεσμία. Για τις αιτήσεις αυτές η ημερομηνία υποβολής προκύπτει είτε από τη σφραγίδα του ταχυδρομείου είτε από το αποδεικτικό παράδοσης στην εταιρεία ταχυμεταφοράς.

Η Αίτηση - δήλωση και όλα τα δικαιολογητικά υποβάλλονται στην Δ/νση Ιατρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου μέσα σε προθεσμία **είκοσι (20) ημερών** από την επόμενη της τελευταίας δημοσίευσης της προκήρυξης, σε τρία (3) αντίτυπα, δηλαδή από **13.01.2017** έως και **01.02.2017**.

Αιτήσεις – δηλώσεις και όλα τα δικαιολογητικά αποστέλλονται στη Δ/νση Ιατρικής Υπηρεσίας του Γ.Ν. Μυτιλήνης, στη διεύθυνση: Ε. Βοστώνη 48, Τ.Κ 81131, Μυτιλήνη – Λέσβος, με συστημένο δέμα στην καθορισμένη ημερομηνία.

Από την Δ/νση Ιατρικής Υπηρεσίας του ανωτέρω Νοσοκομείου οι ενδιαφερόμενοι θα μπορούν να παίρνουν κάθε συμπληρωματική πληροφορία στο τηλέφωνο 22510-47527 (κ. Παύλου Παρασκευή).

Η απόφαση – προκήρυξη αυτή να αναρτηθεί στο πρόγραμμα ΔΙΑΥΓΕΙΑ, στην ιστοσελίδα του Γ.Ν. Μυτιλήνης και να αποστέλει προς ηλεκτρονική ανάρτηση στην 2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου και να αποσταλεί στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στον Ιατρικό Σύλλογο Λέσβου.

**Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ**

**ZEPBOY ANNA**

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ**

- ο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης  
Δ/νση Προσωπικού Ν.Π Τμήμα Α΄

**Εσωτερική Διανομή**  
- Γραφείο Διοικητή