



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν Πανεπιστήμιον Αθηνών

— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΝ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Διεύθυνση: Βασ. Σοφίας 72

Τ.Κ.: 11528

Πληροφορίες: Α.Δασκαλάκη

Τηλέφωνο: 210 7289338

email: hr@eginitio.uoa.gr

Αθήνα, 20/6/2025

Αρ. Πρωτ.: 892

ΘΕΜΑ: «Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την πρόσληψη έως τριών (3) ιατρών ειδικότητας Βιοπαθολογίας με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Παροχής Υπηρεσιών για την κάλυψη αναγκών του Βιοπαθολογικού Εργαστηρίου του Αιγινήτειου Νοσοκομείου».

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΦΟΡΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των άρθρων 5, 6 και 7 του ΠΔ 423/91/ΦΕΚ 154 τ. Α' «Περί Οργανισμού του Αιγινήτειου Νοσοκομείου» (Αρμοδιότητες της Εφορείας κ.λπ.).
2. Τους Ν. 641/77 και 708/77 «Περί Οικονομικής Διαχείρισης του Νοσοκομείου».
3. Το άρθρο 24 του Ν. 4270/2014 (Φ.Ε.Κ. 143/ τ. Α'/ 28-6-2014).
4. Το άρθρο 34 του Ν.5161/2024(ΦΕΚ 196/τ. Α'/ 29-11-2024).
5. Την υπ' αριθ. 334/21-2-2025 (Ορθή επανάληψη: 15-4-2025) Απόφαση της Εφορείας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.
6. Την υπ' αριθ. 3559/7-5-2025 Απόφαση της Εφορείας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου περί του εκτιμώμενου κόστους.
7. Την υπ' αριθ. Γ4β/9160/16-6-2025 Απόφαση/Έγκριση του Υπουργείου Υγείας.

ΚΑΛΕΙ

Τους ενδιαφερόμενους **ιδιώτες ιατρούς ειδικότητας Βιοπαθολογίας** να συνεργαστούν με το Αιγινήτειο Νοσοκομείο **με καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου παροχής υπηρεσιών, για δώδεκα (12) μήνες**, ως εξής:

ΦΟΡΕΑΣ	Τμήμα	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
Αιγινήτειο Νοσοκομείο	Βιοπαθολογικό Εργαστήριο	Ιατροί ειδικότητας Βιοπαθολογίας	Έως τρεις (3)	12 μήνες

Α. Ωράριο απασχόλησης:

Το Νοσοκομείο θα συνεργαστεί με έως τρεις (3) ιατρούς για την κάλυψη των εξής αναγκών ανά μήνα:

- 3 ολόήμερες αργίες γενικής εφημερίας (Σάββατο, Κυριακή ή άλλη επίσημη αργία)
- 3 πρωινά ωράρια σε καθημερινές
- 2 καθημερινές σε απογευματινό και βραδινό ωράριο σε γενική εφημερία

Οι ιατροί θα τελούν υπό την εποπτεία του Διευθυντή του Βιοπαθολογικού Εργαστηρίου του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.

Β. Αμοιβή:

Σύμφωνα με το σχετικό (6) η αμοιβή καθορίζεται ως εξής:

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΤΑΚΤΙΚΗ ΜΗΝΙΑΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ	ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΑΝΑ ΜΗΝΑ
Ιατροί ειδικότητας Βιοπαθολογίας	€ 1.658,00	€ 1.014,88

Η αμοιβή των ιδιωτών ιατρών για την εφημεριακή απασχόληση αντιστοιχεί σ' αυτήν του Επιμελητή Β'.

Γ. ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ:

Οι ενδιαφερόμενοι ιατροί θα πρέπει:

- Να έχουν την Ελληνική Ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από Κράτη Μέλη της Ε.Ε.
- Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης.
- Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την ιδιότητα των δημοσίων υπαλλήλων (άρθρο 8 και 9 του ν. 3528/2007, όπως ισχύει).
- Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών. Οι τίτλοι που έχουν αποκτηθεί σύμφωνα με το Π.Δ. 415/1994 (ΦΕΚ Α' 236/1994) και τις τροποποιήσεις αυτού είναι ισότιμοι και ισοδύναμοι με τους τίτλους που είναι σύμφωνα με την υπ' αριθ. Γ5α/Γ.Π.οικ.64843/29-8-2018 (ΦΕΚ Β' 4138/2018) υπουργική απόφαση.
- Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.
- Εφόσον επιλεγθούν να προσκομίσουν βεβαίωση έναρξης από τη Δ.Ο.Υ. της επαγγελματικής τους δραστηριότητας ως επιτηδευματίες.
- Να κατέχουν άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
- Να κατέχουν τίτλο ειδικότητας Ιατρικής Βιοπαθολογίας.

Δ. ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ:

Θα αξιολογηθεί θετικά προηγούμενη εμπειρία σε βιοπαθολογικό εργαστήριο.

Ε. Απαραίτητα δικαιολογητικά:

- Αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος (βλ. Παράρτημα). Η αίτηση συμπληρώνεται με ακρίβεια και σε όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνει.
- Αντίγραφο αστυνομικού δελτίου ταυτότητας.
- Αντίγραφο πτυχίου. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται το πτυχίο με τη σφραγίδα της Χάγης, η επίσημη μετάφρασή του και η απόφαση ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ, όπου

απαιτείται. 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. Σε κάθε περίπτωση και σύμφωνα με τα οριζόμενα στις υπ' αριθμ. ΔΙΣΚΠΟ/Φ.15/οικ.8342/01.04.2014 (ΑΔΑ:ΒΙΗ0Χ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/Φ Α.2.3/21119/01.09.2014 (ΑΔΑ:ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίου του Υπουργείου Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή φωτοαντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση να φαίνεται ότι τα έγγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί πρωτίστως από δικηγόρο.

4) Αντίγραφο απόφασης άδειας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος.

5) Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας.

6) Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης της.

7) Σύντομο Βιογραφικό σημείωμα με αναφορά στην προϋπηρεσία και το επιστημονικό έργο (περιληπτική αναφορά). Θα συνεκτιμηθούν μεταπτυχιακοί τίτλοι σε συναφές αντικείμενο.

8) Απόσπασμα Ποινικού Μητρώου

9) Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α' ή βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του Ελληνικού Στρατού. Όπου στο τύπο Α' προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή θα πρέπει να υπερβαίνει το έτος από την ημερομηνία λήξης της πρόσκλησης).

10) Βεβαίωση έναρξης από τη ΔΟΥ της επαγγελματικής τους έδρας ως επιτηδευματίες (εφόσον επιλεχθούν).

11) Φορολογική ενημερότητα (εφόσον επιλεχθούν).

12) Ασφαλιστική ενημερότητα (εφόσον επιλεχθούν).

ΣΤ. Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής:

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν την αίτηση συμμετοχής μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά, είτε αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή, είτε ηλεκτρονικά στη διεύθυνση: **grammatia@eginitio.uoa.gr**, είτε με εταιρεία ταχυμεταφοράς στη διεύθυνση:

**ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΒΑΣΙΛΙΣΣΗΣ ΣΟΦΙΑΣ 72-74
Τ.Κ. 11528
ΑΘΗΝΑ**

με την ένδειξη «Για την πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για τη συνεργασία του Αιγινήτειου Νοσοκομείου με ιδιώτες ιατρούς ειδικότητας Βιοπαθολογίας, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών».

Η Προθεσμία υποβολής των αιτήσεων είναι από 23/6/2025 έως και 28/6/2025 και ώρα 14:00.

Ως ημερομηνία κατάθεσης σε περίπτωση αποστολής των αιτήσεων με εταιρεία ταχυμεταφοράς, λογίζεται η ημερομηνία αποστολής του φακέλου, σύμφωνα με το αποδεικτικό της εταιρείας ταχυμεταφοράς. Ο φάκελος μετά την αποσφράγιση του επισυνάπτεται στην αίτηση του υποψηφίου.

Αιτήσεις που θα υποβληθούν εκπρόθεσμα ή χωρίς τα απαραίτητα δικαιολογητικά δε θα ληφθούν υπόψη.

Οι υποψηφιότητες θα αξιολογηθούν από τριμελή επιτροπή αξιολόγησης, η οποία θα συγκροτηθεί στην περίπτωση εκδήλωσης ενδιαφέροντος άνω του ενός (1) υποψηφίου.

Η Πρόσκληση αναρτάται στο πρόγραμμα ΔΙΑΥΓΕΙΑ, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3861/2010, στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου και αποστέλλεται στην 1η Υ.ΠΕ Αττικής.

Ο Πρόεδρος της Εφορείας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου

Καθηγητής Τσιούφης Κωνσταντίνος
Αναπληρωτής Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1. ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1^{ης} ΥΠΕ

ΖΑΧΑΡΩΦ 3 ΑΘΗΝΑ, Τ.Κ. 11521

protokollo@1dype.gov.gr

2. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΕΒΑΣΤΟΥΠΟΛΕΩΣ 113 ΑΘΗΝΑ, Τ.Κ. 11526

isathens@isathens.gr

3. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ/ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΕΩΣ 41-45 ΑΘΗΝΑ, Τ.Κ. 11527

biopathology5@gmail.com

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟ
ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα πατρός:

Αριθμός Τηλεφώνου:

e-mail:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

α) Αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθ. πρωτ. πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος.

β) Διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα (σε πρωτότυπα ή αντίγραφα).

γ) Για την απασχόλησή μου σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παρούσα πρόσκληση και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αμοιβής δεν συντρέχει κανένα κώλυμα στο πρόσωπό μου.

δ) Προτιμητέο ωράριο εργασίας:

☐ 3 ολοήμερες αργίες γενικής εφημερίας (Σάββατο, Κυριακή ή άλλη επίσημη αργία)☐ 3 πρωινά ωράρια σε καθημερινές☐ 2 καθημερινές σε απογευματινό και βραδινό ωράριο σε γενική εφημερία**Δήλωση συναίνεσης συλλογής και επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων**

Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ουσα δηλώνω ότι συναινώ στη συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου, όπως αυτά αναφέρονται στην παρούσα πρόταση και στα συνυποβαλλόμενα με αυτήν δικαιολογητικά αποκλειστικά για τους σκοπούς υλοποίησης της παρούσας πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος.

Ημερομηνία:

Ο /Η Δηλών/-ούσα

(Υπογραφή)