

Μαρούσι, 08-06-2016
Αρ. πρωτ. 1358

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την αντιμετώπιση προβλημάτων δημόσιας υγείας και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους πληθυσμούς του αυξανόμενου προσφυγικού ρεύματος.

Το ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.), Ν.Π.Ι.Δ. εποπτευόμενο από τον Υπουργό Υγείας και επιχορηγούμενο από το Υπουργείο Υγείας, που εδρεύει στην Αθήνα, οδός Αβέρωφ αρ.10 στεγάζεται στο Μαρούσι (Αγράφων 3-5) και εκπροσωπείται εν προκειμένω νόμιμα από τον Πρόεδρό του αναπληρωτή Καθηγητή Χειρουργικής Θεόφιλο Ρόζενμπεργκ έχοντας υπόψη:

1. Το άρθρο 26 του Ν. 2071/1992: Ίδρυση Κ.Ε.Ε.Λ
2. Το Π.Δ. 358/1992: Οργάνωση, λειτουργία, αρμοδιότητες Κ.Ε.Ε.Λ
3. Την Υ1/ακ.5028/2001- ΦΕΚ 831Β΄/ 29-6-2001: Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας του Κ.Ε.Ε.Λ.
4. Το άρθρο. 20 του Ν. 3370/2005 (ΦΕΚ 176/Α1-11/7/2005) Μετονομασία Κ.Ε.Ε.Λ. σε ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ
5. Τις υπ. αριθμ. Α2β/Γ.Π.οικ 31641/4-5-2016 και Α2β/Γ.Π.οικ. 31933/5-5-2016 τροποποιήσεις της υπ. αριθμ. ΔΥ1δ/Γ.Π.οικ.22058/11-3-2014 Υπουργικής απόφασης με περιεχόμενο τον διορισμό μελών στο Δ.Σ. του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.
6. Το Ν. 2690/ 1999 «Κύρωση του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 45 Α΄/1999) όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει
7. Το Ν. 3527 (ΦΕΚ 25/Α/09-02-2007)(§ 23α) άρθρου 3 Κεφ. Β΄) «Κύρωση συμβάσεων υπέρ των νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»
8. Το Ν.4024/2011 «Συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις, ενιαίο μισθολόγιο – βαθμολόγιο, εργασιακή εφεδρεία και άλλες διατάξεις εφαρμογής του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012-2015

9. Το Ν. 4110/2013 άρθρο 23 § 2 και τις τροποποιήσεις που αυτός επέφερε στον ΚΦΑΣ
10. Την Γ1α/Γ.Π. 96214 - 24.12.2015 υπουργική απόφαση
11. Την Β3α/Γ.Π. οικ. 100180-28.12.2015 απόφαση Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας
12. Την Α2β/Γ.Π. οικ. 2.1.826/21-3-2016 υπουργική απόφαση
13. Την απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΚΕΕΛΠΝΟ που ελήφθη κατά την 12^η Συνεδρίαση/26-05-2016 (αρ. πρωτ. 1323/7-6-2016) σχετικά με την απόφαση των Μελών για την εν λόγω πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος.

Καλεί τους ενδιαφερόμενους να συνάψουν σύμβαση έργου για χρονικό διάστημα έως 10 μήνες στις κάτωθι περιοχές, σύμφωνα με τις παρακάτω ειδικότητες:

3^η και 4^η Υγειονομική Περιφέρεια

- Έναν (1) Ιατρό, ΠΕ ιατρών, ειδικότητας Γενικής Ιατρικής. Σε περίπτωση μη πλήρωσης της θέσης, δύναται να καλυφθεί από ιατρό ειδικότητας παιδιατρικής και εν ελλείψει των παραπάνω θα καλυφθεί από ιατρό οποιαδήποτε ειδικότητας.
- Έναν (1) Ιατρό, ΠΕ ιατρών, ειδικότητας Παιδιατρικής. Σε περίπτωση μη πλήρωσης της θέσης, δύναται να καλυφθεί από ιατρό ειδικότητας Γενικής Ιατρικής και εν ελλείψει των παραπάνω θα καλυφθεί από ιατρό οποιαδήποτε ειδικότητας.
- Δυο (2) ΠΕ ή ΤΕ Νοσηλευτές

1^η και 2^η Υγειονομική Περιφέρεια (Αττική και Πειραιάς)

- Έναν (1) Ιατρό, ΠΕ ιατρών, ειδικότητας Ψυχιατρικής. Σε περίπτωση μη πλήρωσης της θέσης, δύναται να καλυφθεί από ιατρό ειδικότητας Παθολογίας ή Γενικής Ιατρικής ή Πνευμονολογίας και εν ελλείψει των παραπάνω θα καλυφθεί από ιατρό οποιαδήποτε ειδικότητας.
- Έναν (1) Ιατρό, ΠΕ ιατρών, ειδικότητας Παθολογίας ή Γενικής Ιατρικής ή Πνευμονολογίας. Σε περίπτωση μη πλήρωσης της θέσης, δύναται να καλυφθεί από ιατρό οποιαδήποτε ειδικότητας.

Επισημαίνεται ότι η πλήρωση πιθανών κενών θέσεων ιατρών θα πραγματοποιηθεί από ιατρούς άνευ ειδικότητας.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Η αξιολόγηση των αιτήσεων θα γίνει από την τριμελή επιτροπή αξιολόγησης. Η επιτροπή θα αξιολογήσει τους υποψηφίους ως προς τα απαιτούμενα προσόντα και τα συνεκτιμώμενα προσόντα όπως αυτά αναγράφονται στην παρούσα πρόσκληση. Η επιτροπή θα δύναται να ζητήσει κάθε συμπλήρωση και διευκρίνιση των υποβληθέντων δικαιολογητικών ή προσκόμιση συμπληρωματικών στοιχείων που κρίνει απαραίτητη. Η επιτροπή αξιολόγησης θα κρίνει τους υποψηφίους σύμφωνα με τα κριτήρια επιλογής και βάσει μοριοδότησης.

Η διαδικασία της αξιολόγησης θα ολοκληρωθεί με σύνταξη «πίνακα κατάταξης» ή «πίνακα επιτυχόντων» στην ιστοσελίδα του ΚΕΕΛΠΝΟ, ενώ όσοι επιλεγούν θα ειδοποιηθούν προσωπικά.

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

ΟΡΟΙ ΜΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Δεν λαμβάνονται υπόψη προτάσεις εκδήλωσης ενδιαφέροντος από ενδιαφερόμενους που:

1. Έχουν καταδικαστεί για κακούργημα και σε οποιαδήποτε ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση (κοινή και στην υπηρεσία), απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, δωροδοκία, καταπίεση, απιστία περί την υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος, καθ' υποτροπή συκοφαντική δυσφήμιση, καθώς και για οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή έγκλημα οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής.
2. Έχουν παραπεμφθεί με αμετάκλητο βούλευμα για κακούργημα ή για πλημμέλημα της περίπτωσης 1, έστω και αν το αδίκημα έχει παραγραφεί.
3. Λόγω καταδίκης, έχουν στερηθεί τα πολιτικά τους δικαιώματα και για όσο χρόνο διαρκεί η στέρηση αυτή.
4. Τελούν υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική), υπό επικουρική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) ή και υπό τις δύο αυτές καταστάσεις.
5. Δεν είναι υγιείς σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 7 του ν. 3528/2007 (ΦΕΚ Α' 26).
6. Έχουν απολυθεί, εξαιτίας πειθαρχικού παραπτώματος.

- **Κριτήρια επιλογής :**

Οι ενδιαφερόμενοι κατατάσσονται σε πίνακες προτεραιότητας κατά φθίνουσα σειρά συνολικής βαθμολογίας, όπως αυτή προκύπτει από τη βαθμολόγηση των κριτηρίων, ως εξής:

Πίνακας κριτηρίων αξιολόγησης για τις θέσεις των Ιατρών (ΚΩΔ Α1)		
α/α	Κριτήριο αξιολόγησης	Βαθμολογία
1	Πτυχίο Ιατρικής Σχολής	
2	Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος	
3	Εγγραφή στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο	
4	Αντίγραφο τίτλου ειδικότητας (όπου απαιτείται)	
5	Πρόσθετα προσόντα που θα συνεκτιμηθούν	Έως 100
	1) Επαγγελματική εμπειρία σε αντίστοιχες δράσεις	40
	2) Μεταπτυχιακός τίτλος	25
	3) Αποδεδειγμένη εθελοντική δράση	10
	4) Μήνες ανεργίας (0-6/6-12/12+)	Έως 15
6	Εντοπιότητα	10

Πίνακας κριτηρίων αξιολόγησης για τις θέσεις των Νοσηλευτών (ΚΩΔ Α2)		
α/α	Κριτήριο αξιολόγησης	Βαθμολογία
1	Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ ή ΤΕ	
2	Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος	
3	Εγγραφή στην Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας	
4	Πρόσθετα προσόντα που θα συνεκτιμηθούν	Έως 100
	1) Συναφής Επαγγελματική εμπειρία	Έως 40
	2) Μεταπτυχιακός τίτλος	25
	3) Αποδεδειγμένη εθελοντική δράση	10
	4) Μήνες ανεργίας (0-6/6-12/12+)	Έως 15
5	Εντοπιότητα	10

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να προσκομίσουν τα παρακάτω δικαιολογητικά:

- Α) Αίτηση (ως στο Παράρτημα Ι)
- Β) Επικυρωμένους τίτλους σπουδών
- Γ) Βιογραφικό σημείωμα
- Δ) Αντίγραφο της ταυτότητας τους.
- Ε) Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος όπου απαιτείται
- ΣΤ) Εγγραφή στον Ιατρικό Σύλλογο (μόνο για τους Ιατρούς)
- Ζ) Αντίγραφο τίτλου ειδικότητας (μόνο για τους ειδικευμένους Ιατρούς)
- Η) Εγγραφή στην Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας
- Θ) Βεβαίωση ή πιστοποιητικό εκπλήρωσης στρατιωτικών υποχρεώσεων ή νόμιμης απαλλαγής από αυτές, προκειμένου περί ανδρών.
- Ι) Αποδεικτικό εντοπιότητας από τον Δήμο διαμονής των Υποψηφίων

Παρατηρήσεις:

- Πιστοποιητικά ή βεβαιώσεις από ξένη χώρα υποβάλλονται από τον υποψήφιο επικυρωμένα και επίσημα μεταφρασμένα.
- Για την απόδειξη επαγγελματικής εμπειρίας απαιτείται βεβαίωση του αντίστοιχου φορέα που αυτή αποκτήθηκε ή προϋπηρεσία ή συστατική επιστολή ή υπεύθυνη δήλωση επικυρωμένη σχετικά με την εμπειρία.
- Όλα τα ζητούμενα δικαιολογητικά που εκδόθηκαν από ελληνικές δημόσιες υπηρεσίες γίνονται με ευκρινή φωτοαντίγραφα των πρωτοτύπων εγγράφων. Όλα τα ζητούμενα δικαιολογητικά που έχουν εκδοθεί από ιδιωτικούς φορείς ή αλλοδαπές αρχές γίνονται δεκτά με ευκρινή αντίγραφα τα οποία έχουν επικυρωθεί από δικηγόρο ή δημόσια αρχή.

ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

Οι συμβαλλόμενοι θα απασχοληθούν με σύμβαση έργου με διάρκεια έως 10 μήνες και με άμεση έναρξη. Το μέσο μηνιαίο μισθολογικό κόστος (συμπεριλαμβανομένων όλων των προβλεπόμενων κρατήσεων – εισφορών), κάθε ενδιαφερόμενου συνάδει με τις αμοιβές των αντίστοιχων ειδικοτήτων, σύμφωνα με το Ενιαίο Μισθολόγιο.

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 ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Αγράφων 3-5, Μαρούσι, Τ.Κ 15123. 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.

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΣΗΜΑΝΣΗΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Α Ι Τ Η Σ Η

Κέντρο Ελέγχου Και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)
Αγράφων 3-5, 15123, Μαρούσι

Για την:

Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την αντιμετώπιση προβλημάτων δημόσιας υγείας και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης τουαυξανόμενου προσφυγικούρεύματος

Στοιχεία αποστολέα:

**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**

Η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων είναι επτά (7) ημέρες και αρχίζει από την ημέρα της δημοσίευσης της Πρόσκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος στην ιστοσελίδα του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. μέχρι τις **15/06/2016** και ώρα **15:00**. Συμπληρωματικές ή/και διευκρινιστικές πληροφορίες για τα δικαιολογητικά, υποχρεώσεις κλπ., παρέχονται από το Γραφείο Διαχείρισης Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, στο τηλέφωνο 210 52 12 890, κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες 09:00-14:00.

Με την υποβολή των προτάσεων εκδήλωσης ενδιαφέροντος και των βιογραφικών στοιχείων τους 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 ΔΣ του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Θεόφιλος Ρόζενμπεργκ
αν. Καθηγητής Χειρουργικής



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ – ΠΡΟΤΑΣΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΩΔΙΚΟ ΘΕΣΗΣ

.....ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ:

Επώνυμο :

Όνομα :

Όνομα πατρός :

Αριθμός τηλεφώνου οικίας ή κινητού:

E-mail :

Ημερομηνία γέννησης :

Υπηκοότητα :

Στρατιωτική θητεία (για τους άνδρες): Απαλλαγή

Εκπληρωμένη από : /.... /.....

έως : /.... /.....

Υποβάλω την πρότασή μου για τον Κωδικό Θέσης:

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:/..../201

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή