

Μαρούσι, 2-6-2016

Αρ. Πρωτ.1279

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος στο πλαίσιο υλοποίησης της δράσης με τίτλο «Άμεση ενίσχυση της ανταπόκρισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας εξαιτίας της προσφυγικής/μεταναστευτικής κρίσης που αντιμετωπίζουν τα νησιά του Ανατολικού Αιγαίου», στο πλαίσιο της Έκτακτης Βοήθειας του Ταμείου Εσωτερικής Ασφάλειας (ISF) της Γενικής Διεύθυνσης Μετανάστευσης & Εσωτερικών Υποθέσεων (DGHOME) της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

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 Πρόεδρο του Αναπλ. Καθηγητή Θεόφιλο Ρόζεμπεργκ.

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.οικ65818/27-8-2015, Α2β/Γ.Π.οικ.24364/2-4-2015, Α2β/Γ.Π.οικ.29594/23-4-2015 και Α2β/Γ.Π.41505/6-7-2015 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. Το υπ' αριθμ. 265/17-9-2015 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας (αρ. πρωτ. ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. 12162/21.09.2015) με το οποίο αναθέτει στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. την διαχείριση και την υλοποίηση του έργου.
11. Το από 17-11-2015 Τεχνικό Δελτίο Έργου «Άμεση ενίσχυση της ανταπόκρισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας εξαιτίας της προσφυγικής/μεταναστευτικής κρίσης που αντιμετωπίζουν τα νησιά του Ανατολικού Αιγαίου», που χρηματοδοτείται από την έκτακτη βοήθεια του Ταμείου Εσωτερικής Ασφάλειας (ISF) της Γενικής Διεύθυνσης Μετανάστευσης & Εσωτερικών Υποθέσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.
12. Την απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΚΕΕΛΠΝΟ που ελήφθη κατά την 16^η Συνεδρίαση/03-12-2015 (αρ. πρωτ. 4186/10-12-2015) σχετικά με την απόφαση των Μελών για την συμμετοχή του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. στο χρηματοδοτούμενο πρόγραμμα του Ταμείου Εσωτερικής Ασφάλειας (Internal Security Fund) της Γενικής Διεύθυνσης Μετανάστευσης & Εσωτερικών Υποθέσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.
13. Την Συμφωνία Επιδότησης υπ' αριθμ. HOME/2015/ISFB/AG/EMAS//0011 (αρ. πρωτ. ΚΕΕΛΠΝΟ 17556/24-12-15, αρ. πρωτ. Ευρωπαϊκής Επιτροπής HOME/E1/VSARES (2015) 6021818/23-12-2015) μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής/ Γενική Διεύθυνση Μετανάστευσης και Εσωτερικών Υποθέσεων και του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.
14. Το υπ' αριθμ. 7425/1-4-2016 έγγραφο του Διοικητή του ΓΝ Καλύμνου.
15. Το υπ' αριθμ. ΔΑΑΔ24080/27-05-16 έγγραφο της 2^{ης} Υ.ΠΕ. σχετικά με την εκ νέου προκήρυξη της θέσης Ιατρού στο ΓΝ - ΚΘ – ΚΥ Λέρου.

Καλεί τους ενδιαφερόμενους να συνάψουν σύμβαση έργου, σύμφωνα με τις παρακάτω ειδικότητες, στο κάτωθι νοσοκομείο:

Γενικό Νοσοκομείο - Κρατικό Θεραπευτήριο – Κέντρο Υγείας Λέρου

- Έναν (1) Ιατρό, ΠΕ Ιατρών, ειδικότητας Γενικής Ιατρικής ή Παθολογίας. Σε περίπτωση μη πλήρωσης της θέσης, δύναται να καλυφθεί από ιατρό ειδικότητας Παιδιατρικής ή Αναισθησιολογίας.



“Co-funded by the Internal Security Fund of the European Union”

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.



“Co-funded by the Internal Security Fund of the European Union”

- **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	
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

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να προσκομίσουν τα παρακάτω δικαιολογητικά:

- A) Αίτηση με την επιθυμητή θέση εργασίας
- B) Επικυρωμένους τίτλους σπουδών
- Γ) Βιογραφικό σημείωμα
- Δ) Αντίγραφο της ταυτότητας τους.
- Ε) Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος
- ΣΤ) Εγγραφή στον Ιατρικό Σύλλογο
- Z) Αντίγραφο τίτλου ειδικότητας
- Η) Βεβαίωση ή πιστοποιητικό εκπλήρωσης στρατιωτικών υποχρεώσεων ή νόμιμης απαλλαγής από αυτές, προκειμένου περί ανδρών.
- Θ) Αποδεικτικό εντοπιότητας από τον Δήμο διαμονής των Υποψηφίων

Παρατηρήσεις:

- Πιστοποιητικά ή βεβαιώσεις από ξένη χώρα υποβάλλονται από τον υποψήφιο επικυρωμένα



“Co-funded by the Internal Security Fund of the European Union”

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 στο πρόγραμμα με σύμβαση με διάρκεια έως τις 19/09/2016 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.



“Co-funded by the Internal Security Fund of the European Union”

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 στο πλαίσιο υλοποίησης της δράσης με τίτλο «Άμεση ενίσχυση της ανταπόκρισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας εξαιτίας της προσφυγικής/μεταναστευτικής κρίσης που αντιμετωπίζουν τα νησιά του Ανατολικού Αιγαίου».

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 **10/06/2016** 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 ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ:

Α' ΕΠΙΛΟΓΗ

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



“Co-funded by the Internal Security Fund of the European Union”