

Να γίνει με e-mail

INFORMATICS
DEVELOPMENT
AGENCY

Digitally signed by
INFORMATICS
DEVELOPMENT AGENCY
Date: 2020.07.10 15:22:32
EEST
Reason:
Location: Athens

ΑΔΑ: Ψ1ΒΟΡ1Ο-ΕΦΔ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 4^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ

Ευεργ. Τ.Π.
Κοιν. 1) ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ
2) ΔΝΥ
3) Δ/ση Μ+Θ
Θεσσαλονίκη, 10 Ιουλίου 2020
Αρ. Πρωτ.: 29086

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ : ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ

Ταχ. Διεύθυνση : Αριστοτέλους 16
Ταχ. Κώδικας : 546 23 Θεσσαλονίκη
Πληροφορίες : Δέσποινα Ρουσάκη
Τηλέφωνο : 2313 327897
Fax : 2313 327833

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΡΑΜΑΣ
Αριθμ. Πρωτ. 10553
Εληφθη 14-7-2020

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ 266 ΘΕΣΕΩΝ
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΕ ΦΟΡΕΙΣ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ 4^{ΗΣ} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ**

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
ΤΗΣ 4^{ΗΣ} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ**

Έχοντας υπόψη:

- 1) Τις διατάξεις των άρθρων 58 και 59 του Ν.4690/2020 «Κύρωση: α) της από 13.4.2020 Π.Ν.Π. «Μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεχιζόμενων συνεπειών της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19 και άλλες κατεπείγουσες διατάξεις» (Α' 84) και β) της από 1.5.2020 Π.Ν.Π. «Περαιτέρω μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεχιζόμενων συνεπειών της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19 και την επάνοδο στην κοινωνική και οικονομική κανονικότητα» (Α' 90) και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 104/τ.Α'/30-05-2020).
- 2) Την αριθμ. πρωτ.Γ6α/Γ.Π.39226/30-06-2020 Απόφαση «Καθορισμός διαδικασίας για τη λήψη ειδικότητας α) «Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής», β) «Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας/Κοινοτικής Νοσηλευτικής» (ΦΕΚ 2656/τ.Β'/30-06-2020).

Κ Α Λ Ε Ι

Τους/Τις ενδιαφερόμενους/ες που επιθυμούν να συμμετέχουν στη διαδικασία επιλογής για την κάλυψη 266 θέσεων ειδικευόμενων Νοσηλευτών/τριών στην Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική σε φορείς αρμοδιότητας της 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης να καταθέσουν ηλεκτρική αίτηση, επισυνάπτοντας τα απαραίτητα δικαιολογητικά, όπως αυτά ορίζονται στην ανωτέρω σχετική Απόφαση.

Σημειώνεται ότι οι ανωτέρω κατανεμημένες θέσεις ειδικευόμενων Νοσηλευτών/τριών καταλαμβάνονται από Νοσηλευτές ΠΕ σε ποσοστό 30% και από Νοσηλευτές ΤΕ σε ποσοστό 70%. Τα ανωτέρω ποσοστά μπορεί να μεταβάλλονται μόνο στην περίπτωση ύπαρξης κενών θέσεων σε κάποια κατηγορία. Οι θέσεις στο σύνολό τους αφορούν υποψήφιους που δεν εργάζονται στον δημόσιο τομέα. Νοσηλευτές εργαζόμενοι στο δημόσιο τομέα δύνανται να καταλαμβάνουν με απόσπαση θέση υπεράριθμου ειδικευόμενου σε ποσοστό μέχρι 25% των θέσεων ειδικευόμενων νοσηλευτών κάθε εκπαιδευτικής μονάδας.

Α. ΥΠΟΨΗΦΙΟΙ/ΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ (ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ:213)

Οι ενδιαφερόμενοι/ες νοσηλευτές/τριες που δεν εργάζονται στο Δημόσιο Τομέα, υποβάλλουν αίτηση από **13/07/2020 έως και 24/07/2020** (10 εργάσιμες ημέρες) στην ηλεκτρονική διεύθυνση: nos.eidikotites@4yp.e.gr. Πριν τη συμπλήρωση της αίτησης, οι ενδιαφερόμενοι/ες καλούνται να μελετήσουν τη συνημμένη στην παρούσα αριθμ.Γ6α/Γ.Π.39226/30-06-2020 (ΦΕΚ 2656/τ.Β'/30-6-2020) Απόφαση για τον καθορισμό της διαδικασίας για τη λήψη ειδικοτήτων. Το πρότυπο αρχείο της **Αίτησης – Υπεύθυνης Δήλωσης** το οποίο βρίσκεται αναρτημένο στην επίσημη ιστοσελίδα της 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης <http://www.4yp.e.gr>, σε επεξεργάσιμη μορφή - συμπληρώνεται ηλεκτρονικά σε όλα του τα πεδία, υπογράφεται και ακολούθως σκανάρεται μαζί με **τα δικαιολογητικά σε ενιαίο αρχείο**.

Το αρχείο λαμβάνει ως όνομα το επίθετο του αιτούντος, ακολουθούμενο από το πρώτο γράμμα του ονόματος και αποστέλλεται στην ηλεκτρονική διεύθυνση: nos.eidikotites@4yp.e.gr. Μετά την αποστολή, ο/η ενδιαφερόμενος/η λαμβάνει ηλεκτρονικό μήνυμα ότι η αίτησή του/της παρελήφθη.

Επισημαίνουμε ότι οι ενδιαφερόμενοι/ες νοσηλευτές/τριες έχουν δικαίωμα υποβολής αίτησης εγγραφής στους καταλόγους **μίας μόνο Υγειονομικής Περιφέρειας** μέσω του διαδικτυακού τόπου αυτής. Στην αίτησή τους, η οποία υπέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης, οι ενδιαφερόμενοι/ες έχουν την δυνατότητα να επιλέξουν την τοποθέτησή τους δηλώνοντας **έως τρία (03) Νοσοκομεία μίας Υ.Π.Ε.** (σύμφωνα με τον Πίνακα 1 της παρούσης). Οι υποψήφιοι/ες ειδικευόμενοι/ες νοσηλευτές/τριες καταχωρούνται σε όλους τους καταλόγους των μονάδων που έχουν επιλέξει με την αίτησή τους.

Τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για την απόκτηση της Νοσηλευτικής Ειδικότητας είναι:

- αα)** Πτυχίο τριτοβάθμιας νοσηλευτικής εκπαίδευσης (Πανεπιστημίου ή ΑΤΕΙ) ή ισοτίμου σχολής της ημεδαπής ή της αλλοδαπής, επίσημα αναγνωρισμένο από το ΔΟΑΤΑΠ.
- αβ)** Ταυτότητα μέλους της Ένωσης Νοσηλευτών/τριών Ελλάδος (ΕΝΕ), η οποία να είναι σε ισχύ ή Βεβαίωση Ανανέωσης Εγγραφής στην ΕΝΕ του τρέχοντος έτους ή Βεβαίωση Εγγραφής στην 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 (ΦΕΚ Α').
- αγ)** Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος Νοσηλευτή/τριας.
- αδ)** Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν έχουν παραιτηθεί από μόνιμη ή ΙΔΟΧ θέση Νοσηλευτή του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το τελευταίο έτος.

Β. ΥΠΟΨΗΦΙΟΙ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ (ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ:53)

Νοσηλευτές/τριες εργαζόμενοι/ες στο Δημόσιο Τομέα δύνανται να καταλαμβάνουν με απόσπαση θέση υπεράριθμου ειδικευόμενου σε ποσοστό μέχρι 25% των θέσεων Ειδικευομένων Νοσηλευτών /τριών κάθε εκπαιδευτικής μονάδας.

Γ. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Η σειρά προτεραιότητας καταχώρισης στους καταλόγους των μονάδων των υποψηφίων ειδικευόμενων νοσηλευτών/τριών, που θα υποβάλλουν αίτηση εντός δέκα (10) εργασίμων ημερών από την ημερομηνία δημοσίευσης, θα καθοριστεί μετά από δημόσια κλήρωση μεταξύ των ενδιαφερομένων, η οποία θα διενεργηθεί από την Υπηρεσία μας εντός τριών (03) ημερών μετά το πέρας της προθεσμίας υποβολής αιτήσεων. Για την ακριβή ημερομηνία και τον τόπο διεξαγωγής της κλήρωσης οι ενδιαφερόμενοι/ες θα ενημερωθούν από την Υπηρεσία μας μέσω Ανακοίνωσης στην επίσημη ιστοσελίδα της 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης <http://www.4ype.gr>.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.: ΘΕΣΕΙΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΥΠΕ	ΦΟΡΕΑΣ	ΘΕΣΕΙΣ	ΘΕΣΕΙΣ ΥΠΕΡΑΡΙΘΜΩΝ
4 ^η	Π.Γ.Ν.Θ. "ΑΧΕΠΑ"	60	15
4 ^η	Γ.Ν.Θ. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	50	13
4 ^η	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ"	10	3
4 ^η	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	5	1
4 ^η	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΕΡΡΩΝ	10	3
4 ^η	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΡΑΜΑΣ	10	3
4 ^η	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ	10	3
4 ^η	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ	8	2
4 ^η	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	10	3
4 ^η	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ	40	10
	ΣΥΝΟΛΟ	213	53

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
της 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας
Μακεδονίας και Θράκης

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Γ. ΤΣΑΛΙΚΑΚΗΣ

Κοινοποίηση:

Υπουργείο Υγείας

- Γραφείο Γενικού Γραμματέα Υπηρεσιών Υγείας
- Γραφείο Γενικού Γραμματέα Δημόσιας Υγείας

ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΠΡΟΣ ΛΗΨΗ
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
N.4690/2020 (ΦΕΚ 104/τ.Α'/30-05-2020), Αρ.Πρωτ.Γβα/Γ.Π.39226 (ΦΕΚ 2656/τ.Β'/30-06-2020) Απόφαση

ΠΡΟΣ: 4Η Δ.Υ.Πε. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατέρα:

Όνομα Μητέρας:

Φορέας Απασχόλησης:

Νοσοκομείο:.....

Κέντρο Υγείας:.....

Άλλο:.....

Εργασιακή Σχέση:

Δημόσιος Υπάλληλος:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Διεύθυνση Κατοικίας (Οδός, αριθμός):

.....

T.K.:

Τηλέφωνο οικίας:

Κινητό τηλέφωνο:.....

E-mail:

A.Δ.Τ./ Ημερ. Έκδοσης:

Εκδ. Αρχή :

A.Φ.Μ.:

A.Μ.Κ.Α.:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι: 1. έχω κάνει αίτηση μόνο σε μία ΔΥΠΕ., 2. δεν έχω παραιτηθεί από μόνιμη ή ΙΔΟΧ θέση Νοσηλεύτη του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το τελευταίο έτος και 3. Τα συνημμένα έγγραφα είναι γνήσια αντίγραφα των πρωτοτύπων.

Δηλώνω ότι παρέχω τη συγκατάθεσή μου για τη συλλογή, τήρηση σε ηλεκτρονικό αρχείο και επεξεργασία, σύμφωνα με τις διατάξεις του ν.4624/2019 και του Κανονισμού ΕΕ 2016/679 των προσωπικών δεδομένων μου από την 4Η Δ.Υ.Πε. Η ΔΥΠΕ. δεσμεύεται για την τήρηση εχεμύθειας και απορρήτου των παραπάνω δεδομένων και ότι θα λαμβάνει κάθε αναγκαίο τεχνικό ή οργανωτικό μέτρο για την ασφάλεια των δεδομένων και την προστασία τους από τυχαία ή αθέμιτη καταστροφή, τυχαία απώλεια, αλλοίωση, απαγορευμένη διάδοση ή πρόσβαση και κάθε άλλη αθέμιτη επεξεργασία.

..... /...../2020

Ο/Η ΑΙΤ.....

Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής νοσηλευτών/τριών προς λήψη ειδικότητας Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής για τις κάτωθι θέσεις:

- 1.
- 2.
- 3.

Συνημμένα υποβάλλω αρχεία των κάτωθι δικαιολογητικών:

- ο Πτυχίο Τριτοβάθμιας Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης (ΠΕ ή ΑΤΕΙ) ή ισοτίμου σχολής της ημεδαπής ή της αλλοδαπής, επίσημα αναγνωρισμένο από το ΔΟΑΤΑΠ.
- ο Βεβαίωση ΔΟΑΤΑΠ (εφόσον απαιτείται).
- ο Άδεια άσκησης επαγγέλματος νοσηλεύτη/τριας.
- ο Ταυτότητα μέλους της Ένωσης Νοσηλευτών/τριών Ελλάδος (ΕΝΕ), η οποία να είναι σε ισχύ ή Βεβαίωση Ανανέωσης Εγγραφής στην ΕΝΕ του τρέχοντος έτους ή Βεβαίωση Εγγραφής στην 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 (ΦΕΚ Α').
- ο Υπεύθυνη Δήλωση.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν.1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	4 ^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης				
Ο - Η Όνομα:			Επώνυμο:		
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:					
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :					
Τόπος Γέννησης:					
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:			Τηλ:		
Τόπος Κατοικίας:	Οδός:		Αριθ:	TK:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):			Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):		

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽³⁾ που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:
δεν έχω παραιτηθεί από μόνιμη ή ΙΔΟΧ θέση Νοσηλεύτη του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το τελευταίο έτος.

Ημερομηνία: 20

Ο - Η Δηλ.

(Υπογραφή)

- (1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
- (2) Αναγράφεται ολογράφως.
- (3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.
- (4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.