



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛ/ΣΟΥ-ΙΟΝ. ΝΗΣΩΝ-ΗΠΕΙΡΟΥ-
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΤ/ΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ
ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΑΝ. ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑΣ

Αρ.πρωτ:1555/24.02.2025

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΕΝΟΣ (1) ΑΤΟΜΟΥ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ/ΔΙΑΣΩΣΤΗ-ΠΛΗΡΩΜΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ ΚΑΙ ΕΛΛΕΙΨΕΙ ΑΥΤΟΥ ΕΝΑ (1) ΑΤΟΜΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ/ΔΙΑΣΩΣΤΗ-ΠΛΗΡΩΜΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ ΧΩΡΙΣ ΑΔΕΙΑ ΚΑΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟ Γ.Ν.ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ.

Η Αν. Διοικήτρια του Γ. Ν. Αιτωλοακαρνανίας – Νοσηλευτικής Μονάδας Μεσολογγίου έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 10 ν. 3329/2005 (81/τ.Α'/4.4.05) «Εθνικό Σύστημα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» όπως αντικαταστάθηκε αρχικά από το άρθρο τρίτο του ν. 4542/2018 (95/τ.Α') και εν συνεχεία από το άρθρο 36 του ν. 4633/2019 (161/Α').
2. Τις διατάξεις της παρ.1 του άρθ. 41 του ν.4058/2012 (63/Α'/22-03-2012) όπως αντικαταστάθηκε από το άρθ. 44 του ν. 4486/2017 (Α'115) και εν συνέχεια τροποποιήθηκε με το άρθ. 47 του ν. 4633/2019 (Α'161) και ισχύει.
3. Το Π.Δ. 85/2022 (ΦΕΚ 232/Α/17.12.2022) Καθορισμός προσόντων διορισμού σε φορείς του Δημοσίου (Προσοντολόγιο – Κλαδολόγιο).
4. Το με αριθμ. 418/29.05.2021 (τ.Υ.Ο.Δ.Δ.) ΦΕΚ διορισμού της Αν. Διοικήτριας
5. Την αριθμ. πρωτ. 869/20.01.2022 Απόφαση Διοικητή περί εκχώρησης Αρμοδιοτήτων
6. Την αρ.πρωτ.1200/26.01.2024 Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης του Οικονομικού Τμήματος της Νοσηλευτικής μας Μονάδας
7. Την αρ.πρωτ.596/20.01.2025 Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης και τον Πίνακα Πιστώσεων προϋπολογισμού του Οικονομικού Τμήματος της Νοσηλευτικής μας Μονάδας
8. Την υπ' αριθ. 3η/θέμα 4ο/ 19.01.2024(2η ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ) Πράξη Διοικητικού Συμβουλίου του Γ. Ν. Αιτωλοακαρνανίας σχετικά με την έγκριση συνεργασίας της Νοσηλευτικής Μονάδας Μεσολογγίου του Γενικού Νοσοκομείου Αιτωλοακαρνανίας, με εξωτερικό συνεργάτη ειδικότητας **ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ/ΔΙΑΣΩΣΤΗ-ΠΛΗΡΩΜΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ** με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών για χρονικό διάστημα πέντε (5) μηνών.
9. Το υπ' αριθ.1635/14.02.2024 αίτημα της Νοσηλευτικής Μονάδας Μεσολογγίου του Γ.Ν. Αιτωλοακαρνανίας στην 6η ΥΠΕ.
10. Την υπ' αριθμ.Γ4β/9775/24.04.2024 Εγκριτική Απόφαση του Υπουργείου Υγείας με θέμα «Έγκριση συνεργασίας του Γενικού Νοσοκομείου Αιτωλοακαρνανίας – Α.Ο.Μ. ΜΕΣΟΛΟΓΓΙ «ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ» με έναν (1) εξωτερικό συνεργάτη κλάδου ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών».
11. Την επιτακτική ανάγκη διεκπεραίωσης από τη Νοσηλευτική Μονάδα Μεσολογγίου των Δευτερογενών Διακομιδών ασθενών μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας τους (εξιτήριο)
12. Το γεγονός ότι η συνολική δαπάνη βαρύνει τις προβλεπόμενες πιστώσεις του Προϋπολογισμού της Νοσηλευτικής μας Μονάδας.
13. Το γεγονός ότι η αρ.πρωτ. ΓΔ 217/11.10.2024 Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος κηρύχθηκε άγονη
14. Την αρ.πρωτ.1505/21.02.2025 Απόφαση Αν. Διοικήτριας της Ν.Μ. Μεσολογγίου

ΚΑΛΕΙ

Σε εκδήλωση ενδιαφέροντος για την κάλυψη των αναγκών του Γ. Ν. Αιτωλοακαρνανίας – Νοσηλευτικής Μονάδας Μεσολογίου, αρμοδιότητας 6^{ης} ΥΠΕ Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου – Ιονίων Νήσων – Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας και ειδικότερα σε συνεργασία με ένα (1) άτομο κατηγορίας ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ/ΔΙΑΣΩΣΤΗ-ΠΛΗΡΩΜΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ ΚΑΙ ΕΛΛΕΙΨΕΙ ΑΥΤΟΥ ΕΝΑ (1) ΑΤΟΜΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ/ΔΙΑΣΩΣΤΗ-ΠΛΗΡΩΜΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ ΧΩΡΙΣ ΑΔΕΙΑ ΚΑΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών. Η διάρκεια της σύμβασης είναι πέντε (5) μήνες, ενώ οι μηνιαίες μικτές αποδοχές ανέρχονται σε 1300,00 €, συμπεριλαμβανόμενου Φ.Π.Α., των ασφαλιστικών εισφορών και των λοιπών κρατήσεων.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ:**ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ/ΔΙΑΣΩΣΤΗ – ΠΛΗΡΩΜΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ**

- α) Επαγγελματική άδεια οδήγησης Γ' ή C κατηγορία (ΠΔ 51/2012 όπως ισχύει).
- β) Βεβαίωση ότι πληροί όλες τις προϋποθέσεις για την άσκηση του επαγγέλματος «Διασώστη – Πλήρωμα Ασθενοφόρου» (ν. 3919/2011 όπως ισχύει, Υ.Α. Γ4β/ΓΠ/οικ.16276/4.3.2015, ΦΕΚ 1486/16.7.2015/τ.Β' και Υ.Α. Γ4α/ΓΠ/οικ.34218/8.5.2017/τ.Β'), που χορηγείται από τις αρμόδιες υπηρεσίες των Περιφερειών ή Περιφερειακών Ενοτήτων της Χώρας,
- γ) Δίπλωμα Επαγγελματικής Κατάρτισης της Ειδικότητας «Πλήρωμα Ασθενοφόρου –Διασώστης» του ΙΕΚ ΕΚΑΒ ή αντίστοιχης ειδικότητας σχολής της ημεδαπής ή αλλοδαπής.

ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ/ΔΙΑΣΩΣΤΗ – ΠΛΗΡΩΜΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ (χωρίς πιστοποίηση)

- α) Επαγγελματική άδεια οδήγησης Γ' ή C κατηγορία (ΠΔ 51/2012 όπως ισχύει).
- β) i. Απολυτήριος τίτλος Ελληνικού Λυκείου ή άλλος ομότιμος σχολικής μονάδας της ημεδαπής ή αλλοδαπής
- ii. Βεβαίωση Επαγγελματικής Κατάρτισης ΙΕΚ ΕΚΑΒ της ειδικότητας «Πλήρωμα Ασθενοφόρου-Διασώστης» ή αντίστοιχης Βεβαίωσης σχολής της ημεδαπής η αλλοδαπής.

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ

Ο προσλαμβανόμενος θα προσφέρει τις υπηρεσίες του στο Γ.Ν. Αιτ/νίας-Ν.Μ. Μεσολογίου πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα (από Δευτέρα έως Παρασκευή) σε πρωινή βάρδια (09:00-17:00) για την διεκπεραίωση των διακομιδών των ασθενών μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας τους. Θα παραλαμβάνει τον εκάστοτε ασθενή από τους τραυματιοφορείς από τον χώρο υποδοχής της Νοσηλευτικής μας Μονάδας και θα τον μεταφέρει στην οικία του.

ΟΙ ΥΠΟΨΗΦΙΟΙ ΠΡΕΠΕΙ :

1. Να είναι Έλληνες πολίτες.
2. Οι υποψήφιοι πρέπει να έχουν ηλικία 18 έως 65 ετών.
3. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
4. Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που τους επιτρέπει την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης.
5. Οι άνδρες μέχρι τη λήξη της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νομίμως απαλλαγεί από αυτές και να μην είναι ανυπότακτοι ή να μην έχουν καταδικαστεί για λιποταξία με τελεσίδικη απόφαση.
6. Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στη Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες.
7. Να έχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

1. Αίτηση.
2. Βεβαίωση ότι πληροί όλες τις προϋποθέσεις για την άσκηση του επαγγέλματος «Διασώστη Πλήρωμα Ασθενοφόρου».
3. Αντίγραφο των δυο όψεων της αστυνομικής ταυτότητας.
4. Αντίγραφο τίτλου σπουδών.
5. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης (τελευταίου εξαμήνου).
6. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία να αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για ποινικά αδικήματα.
7. Πιστοποιητικό απόδειξης εργασιακής εμπειρίας στο αντικείμενο της ειδικότητας:
 -Για τους **μισθωτούς**, υπεύθυνη δήλωση του υποψηφίου κατά το άρθρο 8 του Ν1599/1986 στην οποία να δηλώνεται ο εργοδότης, το είδος και η χρονική διάρκεια της εξειδικευμένης εμπειρίας. Οι **μισθωτοί του δημοσίου τομέα** μπορούν, εναλλακτικά αντί της υπεύθυνης δήλωσης να προσκομίσουν βεβαίωση του οικείου φορέα του δημοσίου τομέα από την οποία να προκύπτουν το είδος και η χρονική διάρκεια της εξειδικευμένης εμπειρίας.
 -Για τους **ελεύθερους επαγγελματίες**, υπεύθυνη δήλωση κατά το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, για το είδος και τη χρονική διάρκεια της εξειδικευμένης εμπειρίας. Σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος για συνεργασία, υποχρεωτική θα είναι η υποβολή ενσήμων ή σχετική βεβαίωση από τον ασφαλιστικό φορέα για επιβεβαίωση των στοιχείων που έχουν δηλωθεί στην Υπεύθυνη Δήλωση.
8. Βεβαίωση προϋπηρεσίας από τον ασφαλιστικό φορέα.
9. Πρόσφατη Βεβαίωση από τον ΟΑΕΔ για την απόδειξη του χρόνου ανεργίας.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ.

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλουν αίτηση συμμετοχής η οποία επέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά από την **25.02.2025 έως και την 28.02.2025** είτε αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή, είτε ταχυδρομικά με απόδειξη στη Γραμματεία του Νοσοκομείου κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες, στην Διεύθυνση:

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ

ΓΡΑΦΕΙΟ ΑΝ.ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑΣ

Οδός Ναυπάκτου ΤΚ 30200 ΜΕΣΟΛΟΓΓΙ

Με την ένδειξη

«ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΕΝΟΣ (1) ΑΤΟΜΟΥ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ/ΔΙΑΣΩΣΤΗ-ΠΛΗΡΩΜΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ»

Ως ημερομηνία κατάθεσης σε περίπτωση αποστολής των αιτήσεων ταχυδρομικώς λογίζεται η ημερομηνία αποστολής του φακέλου, η οποία αποδεικνύεται από τη σφραγίδα ταχυδρομείου ή με αποδεικτικό της εταιρείας ταχυμεταφοράς, ο οποίος μετά την αποσφράγιση του επισυνάπτεται στην αίτηση των υποψηφίων. Αιτήσεις που θα υποβληθούν μετά την ανωτέρω ημερομηνία θα απορρίπτονται ως εκπρόθεσμες και δεν θα αξιολογούνται.

Η Παρούσα θα αναρτηθεί στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ, στους πίνακες Ανακοινώσεων και στην ιστοσελίδα της Νοσηλευτικής Μονάδας Μεσολογγίου

Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΤΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΘΑ ΓΙΝΕΙ ΚΑΤΟΠΙΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ**ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.**

Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης θα αναρτηθούν στην ιστοσελίδα hospital-mesolongi.gr

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΑΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ

Η Αν. Διοικήτρια του Γ. Ν. Αιτωλοακαρνανίας – Νοσηλευτικής Μονάδας Μεσολογγίου ως πρώτη συμβαλλόμενη της σύμβασης που θα υπογραφεί διατηρεί το δικαίωμα καταγγελίας της σύμβασης σε περίπτωση διαπίστωσης ανεπαρκούς ή ελλιπούς παροχής υπηρεσίας του δεύτερου συμβαλλόμενου (προσλαμβανόμενου) και προχωρά άμεσα σε αντικατάστασή του από τον αμέσως επόμενο υποψήφιο αυτής της ειδικότητας στο πίνακα κατάταξης, για το υπολειπόμενο χρονικό διάστημα.

Η ΑΝ. ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΕΛΕΝΗ ΦΙΛΙΠΠΟΠΟΥΛΟΥ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

- 6^η Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτ. Ελλάδας-Υπάτης 1,
ΤΚ. 26441, Πάτρα
email: protokollo@dypede.gr

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

- Γραφείο Αν. Διοικήτριας
- Αν. Διοικητικό Διευθυντή
- Αν. Υποδιευθύντρια Διοικητικού
- Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού
- Τμήμα Οικονομικό
- Τμήμα Πληροφορικής (για την ανάρτησή της στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου)
- Πίνακα Ανακοινώσεων

ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Όνομα Μητρός:

Ημερομηνία Γέννησης:

ΑΜΚΑ:

ΑΦΜ :

Α.Δ.Τ.:

Διεύθυνση κατοικίας:

ΤΚ:

Κινητό τηλέφωνο:

Σταθερό τηλέφωνο:

email:

ΠΡΟΣ:

Γ.Ν. ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ – Ν.Μ. ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ

Παρακαλώ όπως δεχτείτε την αίτησή μου με τα
επισυναπτόμενα δικαιολογητικά για την θέση ΔΕ
ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ /ΔΙΑΣΩΣΤΗ ΠΛΗΡΩΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ για απασχόληση με καθεστώς έκδοσης
δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών στη Ν.Μ.
Μεσολογγίου.

Ο/Η Αιτ.....

**ΘΕΜΑ: Αίτηση για την πρόσληψη ενός (1) ιδιώτη
ειδικότητας ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ-
ΔΙΑΣΩΣΤΗ ΠΛΗΡΩΜΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ με ΔΠΥ**

.....

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

Ημερομηνία...../...../2025