



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
4^η Δ.Υ.ΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ
ΤΑΧ. Δ/ΣΗ: ΝΕΑΠΟΛΗ, 67 100
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Μ. Στεργή
ΤΗΛ: 2541351179

Ξάνθη 28-02-2024
Αριθ. Πρωτ : 3339

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Για την συνεργασία ενός (1) Ακτινοφυσικού κλάδου ΠΕ, με καθεστώς έκδοσης Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών για παρεχόμενες υπηρεσίες, για την ασφαλή λειτουργία του Ακτινολογικού Εργαστηρίου του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης.

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 41 του Ν.4058/2012 (ΦΕΚ 63/Α'/2012) όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.
2. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 182 του Ν.4261/2014 (ΦΕΚ 107/05-05-2014/τ.Α), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
3. Τις διατάξεις της παρ. 2 και 3 του άρθρου 34 του Ν.4325/2015 (ΦΕΚ 47/11-05-2015/τ.Α).
4. Τις διατάξεις του άρθρου 44 του Ν. 4486/2017 (ΦΕΚ 115/7-8-2017/τ.Α).
5. Την υπ' αριθ. 352/07-09-2022 Απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης, με θέμα «Έγκριση απασχόλησης Ακτινοφυσικού Ιατρικής με καθεστώς Δελτίου Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών».
6. Την υπ' αριθμ. Β2α/οικ.10603/20-02-2024 βεβαίωση της Γενικής Δ/σης Οικονομικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας.
7. Την υπ' αριθμ. πρωτ. Γ4β/165/20-02-2024 Εγκριτική Απόφαση του Υπουργού Υγείας.
8. Τις υπηρεσιακές ανάγκες για εύρυθμη λειτουργία του Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος του Γ.Ν. Ξάνθης.

ΠΡΟΣΚΑΛΟΥΜΕ

τους ενδιαφερόμενους ΠΕ Ακτινοφυσικούς Ιατρικής σε συνεργασία με το Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης για τη σύναψη Σύμβασης Παροχής Υπηρεσιών, με καθεστώς έκδοσης Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών. Το χρονικό διάστημα ορίζεται σε δώδεκα (12) μήνες, για την κάλυψη των αναγκών των Ακτινολογικού Εργαστηρίου, έναντι συνολικής αμοιβής 6.000,00 ευρώ ετησίως συμπεριλαμβανομένου των ασφαλιστικών εισφορών και των λοιπών κρατήσεων.

Η παροχή υπηρεσιών για την υλοποίηση Σύμβασης Παροχής Υπηρεσιών με ειδικό ΠΕ Ιατρικής Ακτινοφυσικό, θα περιλαμβάνει :

1. Ποιοτικό έλεγχο των ακτινολογικών μηχανημάτων του Νοσοκομείου, διενέργεια μετρήσεων της ποσότητας ακτινοβολίας που εκπέμπουν τα μηχανήματα και άλλες εξειδικευμένες μετρήσεις όπως υψηλή τάση, σύμπτωση φωτεινού με πραγματικό πεδίο κ.λ.π., σύμφωνα με τα Πρωτόκολλα Ελέγχου Ακτινολογικών Εργαστηρίων που αναφέρονται στην Εγκύκλιο της Ελληνικής Επιτροπής Ατομικής Ενέργειας Ε.Ε.Α.Ε (18-10-2006) σε εφαρμογή της §1,1,4,7,1 των Κανονισμών Ακτινοπροστασίας.
2. Έλεγχο της δόσης ακτινοβολίας που δέχεται το προσωπικό του ακτινολογικού εργαστηρίου. Παροχή συμβουλών για μέτρα που πρέπει να ληφθούν σε περίπτωση υψηλής δόσης σε κάποιον εργαζόμενο.
3. Τήρηση των κανόνων ακτινοπροστασίας κατά τις διάφορες διαγνωστικές τεχνικές.
4. Κατάθεση της επαγγελματικής άδειας στην αρμόδια Δημόσια Αρχή, ώστε να συνεχίσει να ισχύει η άδεια λειτουργίας του ακτινολογικού εργαστηρίου.
5. Συγγραφή εκθέσεων ασφαλούς λειτουργίας και ακτινοπροστασίας είτε πρόκειται για ανανέωση των αδειών λειτουργίας των εργαστηρίων, είτε για τοποθέτηση καινούργιας ακτινολογικής λυχνίας.

Οι υποψήφιοι πρέπει να είναι:

1. Έλληνες πολίτες.
2. Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
3. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
4. Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.
5. Εφόσον επιλεγθούν να προσκομίσουν βεβαίωση έναρξης από την Δ.Ο.Υ. της επαγγελματικής τους έδρας.
6. Να έχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.
7. Να διαθέτουν Άδεια Ασκήσεως Επαγγέλματος Φυσικών Νοσοκομείων –Ακτινοφυσικών Ιατρικής.
8. Να έχουν τουλάχιστον διετή εμπειρία ως ΠΕ Ακτινοφυσικοί.
9. Να διαθέτουν διακριβωμένα όργανα ελέγχου και πλήρη σειρά ομοιωμάτων για τον έλεγχο και τη λειτουργία των εργαστηρίων.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Με την αίτηση συνοποβάλλονται:

- α. Αντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας.
- β. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
- γ. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
- δ. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
- ε. Υπεύθυνη δήλωση ότι μέχρι και την ημέρα υποβολής της αιτήσής τους είναι ασφαλιστικά και φορολογικά ενήμεροι και ότι σε περίπτωση επιλογής θα προσκομίσουν τις σχετικές ενημερότητες.
- στ. Αντίγραφα τίτλων σπουδών (μεταπτυχιακών – διδακτορικών)
- ζ. Άδεια άσκησης επαγγέλματος
- η. Βεβαίωση επαγγελματικής εμπειρίας.
- θ. Απόφαση αναγνώρισης ως εμπειρογνώμονας Ακτινοπροστασίας στο πεδίο Α, της Ελληνικής Επιτροπής Ατομικής Ενέργειας – ΕΕΑΕ, η οποία να βρίσκεται σε ισχύ.
- ι. Απόφαση αναγνώρισης ως εμπειρογνώμονας ιατρικής Φυσικής της Ελληνικής Επιτροπής Ατομικής Ενέργειας – ΕΕΑΕ, η οποία να βρίσκεται σε ισχύ.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ:**1. ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ**

- Τίτλος σπουδών
- Άδεια άσκησης επαγγέλματος

2. ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Ως εμπειρία της παραπάνω θέσης νοείται η απασχόληση με σχέση εργασίας ή σύμβαση έργου στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ή άσκηση επαγγέλματος σε καθήκοντα Ακτινοφυσικού ΠΕ.

Τα κριτήρια κατάταξης – επιλογής των υποψηφίων έχουν ως εξής:

- 100 μόρια για τα τυπικά προσόντα
- 20 μόρια κατ' έτος για προϋπηρεσία ως Ακτινοφυσικός
- 15 μόρια για διδακτορικό
- 10 μόρια για μεταπτυχιακό

Η κατάταξη των υποψηφίων θα γίνει από τριμελή επιτροπή του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης.

Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, στο πρωτόκολλο του Νοσοκομείου είτε ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή, ή εταιρία ταχυμεταφοράς (courier), από την οποία θα προκύπτει ότι η αποστολή έλαβε χώρα μέσα στην οριζόμενη δια της παρούσας προθεσμία στο Νοσοκομείο στη διεύθυνση ΝΕΑΠΟΛΗ Τ.Κ 67100 ΞΑΝΘΗ Τ.Θ 99, με την ένδειξη:

«ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ
ΕΙΔΙΚΟ ΠΕ ΑΚΤΙΝΟΦΥΣΙΚΟ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ»

Προθεσμία υποβολής των αιτήσεων από 29-02-2024 έως και 08-03-2024 .

Η Διοικήτρια το Νοσοκομείου

Ροφαέλα Ελένη