



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ
5^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας

ΛΑΡΙΣΣΑ 31/01/2025
Αριθμ. Πρωτ. 9221

**Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ**

Τηλέφωνο : 2413 - 500832,857
E-mail : hr@dypethessaly.gr

Θέμα :Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την πρόσληψη δώδεκα (12) ατόμων κατηγορίας και κλάδου ΔΕ οδηγών στο Κέντρο Υγείας Αγιάς, ΚΥ Αλιβερίου, ΚΥ Αλμυρού και ΚΥ Γόννων, ΚΥ Τυρνάβου, ΚΥ Φαρσάλων αρμοδιότητας της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας, για χρονική διάρκεια δώδεκα (12) μηνών, με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΗΣ 5^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

Έχοντας υπόψη :

1. Τις διατάξεις του άρθρου 10 του ν.3329/2005(ΦΕΚ 81/Α/2005) «Εθνικό Σύστημα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» όπως αντικαταστάθηκε αρχικά από το άρθρο τρίτο του ν.4542/2018(Α'95) και εν συνεχεία από το άρθρο 36 του ν.4633/2019(Α'161).
2. Τις διατάξεις του άρθρου 41 του Ν.4058/2012 (ΦΕΚ 63/Α/2012) όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 44 του νόμου 4486/2017(Α'115) εν συνεχεία τροποποιήθηκε με το άρθρο 47 του ν.4633/2019(ΦΕΚ 161 τ.Α'), το άρθρο 104 του ν. 5034/2023 (ΦΕΚ 69 / Α'), με το άρθρο 5 του Ν.5046/29-7-2023(ΦΕΚ 137 Α') και με το άρθρο 27 του ν.5012/2024 (ΦΕΚ 55/Α) και το άρθρο 34 του ν.5161/2024(Α'196/29.11.2024) και ισχύει.
3. Την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π. οικ. 42232/07-08-2024 απόφαση του Υπουργού και του Υφυπουργού Υγείας (ΦΕΚ 855/09-08-2024 τεύχος ΥΟΔΔ) με την οποία διορίστηκε ως Διοικητής της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας – Στερεάς Ελλάδας ο κ. Φώτιος Σερέτης.
4. Το με αριθμ πρωτ. 90520/21.10.2024 αίτημα της 5^{ης} Υ.Πε προς το Υπουργείο Υγείας και την αρ. πρωτ. 89995/18.10.2024 Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης της Οικονομικής Δ/σης της 5^{ης} Υ.Πε.
5. Τη με αριθμ Γ4β/55537/2024/30.01.2025 Εγκριτική Απόφαση της Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας με θέμα «Έγκριση συνεργασίας για έγκριση συνεργασίας των Κ.Υ. Αγιάς, ΚΥ Αλιβερίου, ΚΥ Αλμυρού και ΚΥ Γόννων, ΚΥ Τυρνάβου, ΚΥ Φαρσάλων με δώδεκα (12) άτομα κλάδου ΔΕ οδηγών, με έκδοση δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών.
6. Τις επιτακτικές υπηρεσιακές ανάγκες, για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία των Κ.Υ Αγιάς, ΚΥ Αλιβερίου, ΚΥ Αλμυρού και ΚΥ Γόννων, ΚΥ Τυρνάβου, ΚΥ Φαρσάλων με δώδεκα (12) άτομα κλάδου ΔΕ οδηγών.

ΚΑΛΕΙ

Σε ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ για την κάλυψη των αναγκών των ΚΥ Αγιάς, ΚΥ Αλιβερίου, ΚΥ Αλμυρού και ΚΥ Γόννων, ΚΥ Τυρνάβου, ΚΥ Φαρσάλων, αρμοδιότητας της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας

και Στερεάς Ελλάδας, και ειδικότερα για συνεργασία **με δώδεκα (12) άτομα κατηγορίας ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ, με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών.** Η διάρκεια της σύμβασης είναι **δώδεκα (12) μήνες,** ενώ οι μηνιαίες αποδοχές ανέρχονται σε **1.600 ευρώ για την κατηγορία ΔΕ, συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ, των ασφαλιστικών εισφορών και των λοιπών κρατήσεων.** Η εργασία που θα παρέχει είναι πλήρους απασχόλησης αλλά όχι αποκλειστικής, σύμφωνα με τις ανάγκες και το πρόγραμμα των κάτωθι κέντρων Υγείας:

| 5 ^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ | | | |
|---|------------------|---------|-------------------|
| ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ | ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ-ΚΛΑΔΟΣ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ |
| Κ.Υ. ΑΓΙΑΣ | ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ | 3 | 12 ΜΗΝΕΣ |
| Κ.Υ. ΑΛΙΒΕΡΙΟΥ | ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ | 2 | 12 ΜΗΝΕΣ |
| Κ.Υ. ΑΛΜΥΡΟΥ | ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ | 2 | 12 ΜΗΝΕΣ |
| Κ.Υ. ΓΟΝΝΩΝ | ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ | 2 | 12 ΜΗΝΕΣ |
| Κ.Υ. ΤΥΡΝΑΒΟΥ | ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ | 2 | 12 ΜΗΝΕΣ |
| Κ.Υ. ΦΑΡΣΑΛΩΝ | ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ | 1 | 12 ΜΗΝΕΣ |

Επιθυμητά προσόντα:

1. Έλληνες πολίτες
2. Οι υποψήφιοι πρέπει να έχουν ηλικία 18 έως 65 ετών.
3. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιούπαλληλική ιδιότητα.
4. Να έχουν υγεία και φυσική καταλληλότητα που τους επιτρέπει την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης.
5. Οι άντρες 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 στην Δ.Ο.Υ ως επιτηδευματίες.
7. Να έχουν τον απαιτούμενο τίτλο σπουδών

Απαιτούμενα Δικαιολογητικά

1. Αίτηση
2. Αναλυτικό Βιογραφικό Σημείωμα
3. Αντίγραφο των δυο όψεων της αστυνομικής ταυτότητας
4. Αντίγραφο τίτλου σπουδών:

ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ (Γ' ή Δ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ)

α) Άδεια οδήγησης αυτοκινήτου Γ' ή Δ' ή C ή D κατηγορίας (Π.Δ. 51/2012 όπως ισχύει),

β) Πιστοποιητικό Επαγγελματικής Ικανότητας (ΠΕΙ)

γ) Οποιοδήποτε πτυχίο ή δίπλωμα ή απολυτήριο τίτλος δευτεροβάθμιας ή μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης της ημεδαπής ή άλλος ισότιμος τίτλος της αλλοδαπής, ανεξαρτήτως ειδικότητας

ή

Απολυτήριο τίτλος υποχρεωτικής εκπαίδευσης (απολυτήριο τριταξίου γυμνασίου ή για υποψηφίους που έχουν αποφοιτήσει μέχρι και το 1980 απολυτήριο δημοτικού σχολείου) ή ισοδύναμο απολυτήριο τίτλο κατώτερης Τεχνικής Σχολής του Ν.Δ. 580/1970 ή απολυτήριο τίτλο

Εργαστηρίων Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης του άρθρου 1 του Ν. 2817/2000 της ημεδαπής ή άλλος ισότιμος τίτλος της αλλοδαπής

και αντίστοιχη εμπειρία τουλάχιστον τριών (3) ετών, μετά την απόκτηση της παραπάνω άδειας οδήγησης αυτοκινήτου

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.
8. Βεβαίωση προϋπηρεσίας από τον ασφαλιστικό φορέα
9. Πρόσφατη βεβαίωση από τον ΟΑΕΔ για την απόδειξη του χρόνου ανεργίας.

Υποβολή Αιτήσεων Συμμετοχής

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλουν αίτηση συμμετοχής η οποία επέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά **από τις 31.01.2025 έως και τις 06.02.2025.**

Οι αιτήσεις μπορούν να υποβληθούν 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 Διεύθυνση:

5^η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας,

Μεζούρλο ΤΘ 2101 Τ.Κ. 41110,

με την ένδειξη **«Για την Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την πρόσληψη ενός (1) ατόμου κατηγορίας ΔΕ οδηγών στο Κέντρο Υγείας**

με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών

Ο κάθε υποψήφιος μπορεί να επιλέξει μόνο ένα (1) Κέντρο Υγείας.

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.

Διαδικασία Αξιολόγησης:

Οι υποψηφιότητες θα αξιολογηθούν από τριμελή επιτροπή αξιολόγησης, η οποία θα συγκροτηθεί στην περίπτωση εκδήλωσης ενδιαφέροντος. Υποβληθείσα αίτηση η οποία δεν πληροί τις προϋποθέσεις υποβολής και όλα τα απαιτούμενα για τη θέση δικαιολογητικά και προσόντα δεν βαθμολογείται και απορρίπτεται.

Ανακοίνωση Αποτελεσμάτων

Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης θα αναρτηθούν στην ιστοσελίδα της 5^{ης} Υ.Πε και στα Κ.Υ.

Δικαίωμα καταγγελίας σύμβασης

Ο Διοικητής της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, ως πρώτος συμβαλλόμενος 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.

**Ο Διοικητής
της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας
Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας**

ΦΩΤΗΣ ΣΕΡΕΤΗΣ

| <u>ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ</u> | <u>ΠΡΟΣ</u> |
|----------------------------------|--|
| | 5 ^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ |
| ΟΝΟΜΑ | Παρακαλώ να εξετάσετε την αίτησή μου για τη θέση του κλάδου ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ για το Κέντρο Υγείας κατόπιν της υπ αριθμ. /.....-.....-202.... πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος της 5 ^{ης} Υ.ΠΕ |
| ΕΠΙΘΕΤΟ | |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ | |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ | |
| ΚΑΤΟΙΚΟΣ | |
| ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘΜΟΣ | |
| ΤΚ | |
| Α.Δ. Ταυτότητας | |
| ΤΗΛ | |
| ΚΙΝ. ΤΗΛ. | |
| ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: | |
| | |
| Συνημμένα δικαιολογητικά: | |
| 1..... | |
| 2..... | |
| 3..... | |
| 4..... | |
| 5..... | |
| 6..... | |
| | Ημερομηνία |
| | Ο/Η Αιτών/ούσα |
| | (υπογραφή) |