

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Την υπ. αριθ. Α4/Γ.Π.οικ.67300 Κ.Υ.Α «Οργανισμός του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών» (ΦΕΚ 3192/2017 Τεύχος Β) όπως τροποποιήθηκε με την Γ3β/Γ.Π οικ 25902 ΚΥΑ (ΦΕΚ 1192 Β 09/04/2019)
2. Το ΠΔ. 50/2001 «Καθορισμός των προσόντων διορισμού σε θέσεις φορέων του Δημόσιου Τομέα» (ΦΕΚ 39/5-3-2001/τ.Α'), όπως ισχύει σήμερα.
3. Το άρθρο 44 του Ν. 4486/2017 (ΦΕΚ τ.Α' αρ.115/07.08.2017).
4. Την υπ. αριθ.. πρωτ. Γ4β/Γ.Π 74297/30-10-2019 απόφαση του Υπουργού Υγείας.
5. Την υπ. αριθ. 303/1007/12-11-2019 απόφαση του Δ.Σ του Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε
6. Τις ανάγκες για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία των μονάδων του ΕΚΕΨΥΕ
7. Την συνολική δαπάνη που θα βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του ΕΚΕΨΥΕ

Το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (ΕΚΕΨΥΕ) για την κάλυψη των αναγκών του σε προσωπικό και για την προσήκουσα λειτουργία των Μονάδων του, ενδιαφέρεται να συνεργαστεί με **Νοσηλευτές** υπό καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους, για χρονικό διάστημα έως ένα (1) έτος και ως ακολούθως:

Δομή Ψυχικής Υγείας Λιβαδειάς (Οικοτροφείο «Δίας»)

ΤΕ Νοσηλευτικής (2)

ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

Οι ενδιαφερόμενοι για συνεργασία πρέπει:

Ι. Να είναι Έλληνες πολίτες

Για όσους έχουν αποκτήσει την ελληνική ιθαγένεια με πολιτογράφηση πρέπει να έχει παρέλθει ένα (1) τουλάχιστον έτος από την απόκτησή της, μέχρι την ημερομηνία λήξεως της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων.

Εξαίρεση: Δικαιούνται να εκδηλώσουν ενδιαφέρον και πολίτες των λοιπών Κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ενώσεως.

Για τους πολίτες αυτούς απαιτείται η γνώση της Ελληνικής γλώσσας σε βαθμό επαρκή για την άσκηση των καθηκόντων του οικείου κλάδου, η οποία αποδεικνύεται με πιστοποιητικό ελληνομάθειας (Ν. 2413/1996 άρθρο 10 παρ.1) που χορηγείται από το Κέντρο Ελληνικής γλώσσας [τηλ. (2310) 459101 και (210) 3443384].

Επίσης αποδεικνύεται με αντίστοιχο πιστοποιητικό του Σχολείου της Ελληνικής γλώσσας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, (Πανεπιστημιούπολη Θεσσαλονίκης Τ.Κ. 54 006, Τηλ. 2310/997571-72-76), το οποίο χορηγείται ύστερα από σχετική εξέταση του ενδιαφερόμενου ή από άλλη σχολή ή σχολείο Ελληνικής Γλώσσας.

Δικαιούνται επίσης να εκδηλώσουν ενδιαφέρον και όσοι απέκτησαν την ελληνική ιθαγένεια με πολιτογράφηση αλλά δεν έχει παρέλθει έτος από την απόκτησή της, εφόσον, μέχρι την απόκτησή της ήταν υπήκοοι κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ενώσεως.

- II. Ως κατώτατο όριο ηλικίας για την έναρξη της συνεργασίας ορίζεται το 21ο δηλαδή να έχουν γεννηθεί μέχρι και το έτος 1997.
- III. Να έχουν την υγεία και τη φυσική καταλληλότητα που τους επιτρέπει την εκτέλεση των καθηκόντων της ειδικότητας που επιλέγουν.
- IV. Κατά το χρόνο λήξεως της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων και κατά τον χρόνο έναρξης της συνεργασίας :
 - α) Να μην έχουν καταδικαστεί για κακούργημα σε οποιαδήποτε ποινή.
 - β) Να μην έχουν καταδικαστεί για κλοπή, υπεξαίρεση (κοινή και στην υπηρεσία), απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, απιστία δικηγόρου, δωροδοκία ή δωροληψία, καταπίεση, απιστία περί την υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος, συκοφαντική δυσφήμιση καθ' υποτροπή ή εγκλήματα της γενετήσιας ελευθερίας ή οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής.
 - γ) Να μην είναι υπόδικοι λόγω παραπομπής με τελεσίδικο βούλευμα για κακούργημα ή για πλημμέλημα της προηγούμενης περίπτωσης, έστω και αν το αδίκημα παραγράφηκε.
 - δ) Να μην έχουν λόγω καταδίκης στερηθεί τα πολιτικά τους δικαιώματα και δεν έχει λήξει ο χρόνος που ορίστηκε για τη στέρηση
 - ε) Να μην τελούν είτε υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) είτε υπό επικουρική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) είτε υπό συνδυασμό και των δύο προηγούμενων.
 - στ) Να μην έχουν απολυθεί από θέση δημοσίου υπαλλήλου ή υπαλλήλου Ν.Π.ΔΔ ., Ο.Τ.Α., ή Ν.Π.Ι.Δ. . του άρθρου 14 του Ν.2190/1994 όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 παρ.1 του Ν.2527/1997 ή Ν.Π.Ι.Δ . της παρ.3 του άρθρου 1 του Ν.2527/1997, λόγω επιβολής της

πειθαρχικής ποινής της οριστικής παύσης ή λόγω καταγγελίας της σύμβασης εργασίας για σπουδαίο λόγο οφειλόμενο σε υπαιτιότητα του εργαζομένου και δεν έχει παρέλθει πενταετία από την απόλυση.

Σημείωση: Η απονομή χάριτος δεν αίρει το κώλυμα από ποινική καταδίκη του ενδιαφερόμενου, εφόσον μέχρι την τελευταία ημέρα υποβολής των αιτήσεων δεν έχει εκδοθεί, κατά το άρθρο 47 παρ.1 του Συντάγματος, διάταγμα που να αίρει το σχετικό κώλυμα για το συγκεκριμένο ενδιαφερόμενο.

V. Οι άντρες μέχρι τη λήξη της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν απαλλαγεί νόμιμα από αυτές κατ' αναλογία του άρθρου 5 του Ν.2683/1999.

Εξαίρεση: Δεν απαιτείται εκπλήρωση των στρατιωτικών υποχρεώσεων για τους πολίτες κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής Ενώσεως, για τους οποίους δεν προβλέπεται στη χώρα τους τέτοιο κώλυμα.

ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

Νοσηλευτικής (Τ.Ε.):

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

- ✓ Πτυχίο Ανώτατης Εκπαίδευσης (Τεχνολογικής) της ημεδαπής ή ισότιμης Σχολής της αλλοδαπής
- ✓ Άδεια άσκησης επαγγέλματος Νοσηλευτή

ΣΥΝΕΚΤΙΜΩΜΕΝΑ ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

- ✓ Η κατοχή δεύτερου τίτλου σπουδών σε αντικείμενο συναφές με το γνωστικό αντικείμενο της θέσης
- ✓ Η κατοχή μεταπτυχιακού ή/και διδακτορικού διπλώματος
- ✓ Η εμπειρία σε αντικείμενο σχετικό με την προκηρυσσόμενη θέση
- ✓ Η γνώση ξένης γλώσσας

✓ Η γνώση χρήσης Η/Υ

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ:

1. ΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ.

2. ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Ως εμπειρία των παραπάνω θέσεων νοείται η απασχόληση με σχέση εργασίας ή σύμβαση έργου στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ή άσκηση επαγγέλματος σε καθήκοντα έκαστης αντίστοιχης θέσης.

Η τελική επιλογή θα γίνει από τριμελή επιτροπή αξιολόγησης και επιλογής. Η επιτροπή δύναται να καλεί τους ενδιαφερόμενους σε συνέντευξη. **Σε αυτή τη διαδικασία καλούνται να συμμετάσχουν μόνο όσοι εκ των ενδιαφερομένων, κατά την κρίση της επιτροπής, πληρούν τις προϋποθέσεις και ταυτόχρονα συγκεντρώνουν, συγκριτικά, τα περισσότερα προσόντα.**

Η Επιτροπή αξιολόγησης και επιλογής καταρτίζει πίνακα κατάταξης τους και τον υποβάλλει μαζί με το σχετικό πρακτικό στο Δ.Σ. για έγκριση.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ

Οι υποψήφιοι υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής μαζί με τα απαραίτητα, κατά περίπτωση, δικαιολογητικά με τα οποία αποδεικνύονται τα προσόντα ή οι ιδιότητες που επικαλούνται στην αίτησή τους και την υποβάλουν, 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:

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΩΝ

Δ/ΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΜΕΤΣΟΒΟΥ 33

10683 ΑΘΗΝΑ

Για την πρόσκληση εκδήλωσης Ενδιαφέροντος: 5095/13-11-2019

Η χρονική περίοδος υποβολής των αιτήσεων ορίζεται από 14/11/2019 έως και 28/11/2019

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 εκπρόθεσμα δεν θα ληφθούν υπόψη.

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να αναζητήσουν την πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος και το ειδικό έντυπο αίτησης και την υπεύθυνη δήλωση στην ηλεκτρονική διεύθυνση του Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε www.ekepsye.gr ή να προσέλθουν στο Διοικητικό Τμήμα του Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε (Μετσόβου 33 Αθήνα) προκειμένου να τα παραλάβουν ιδιοχείρως.

Οι ενδιαφερόμενοι, μαζί με την αίτηση συμμετοχής, πρέπει να υποβάλλουν:

- 1) Συμπληρωμένη την Υπεύθυνη δήλωση (η οποία είναι αναρτημένη στην ιστοσελίδα)
- 2) Αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα.
- 3) Αντίγραφο των δυο όψεων της Αστυνομικής Ταυτότητας, από την οποία να προκύπτει η χρονολογία γέννησης.
- 4) Αντίγραφο τίτλων σπουδών, στους οποίους θα αναγράφεται αριθμητικά και ο βαθμός επίδοσης.
- 5) Αντίγραφο Μεταπτυχιακών ή Διδακτορικών τίτλων (όπου υπάρχουν)
- 6) Αντίγραφο άδειας άσκησης επαγγέλματος

7) Αποδεικτικά της εργασιακής εμπειρίας, όπως:

I. Βεβαίωση του οικείου ασφαλιστικού φορέα, στην οποία να αναγράφεται η διάρκεια της ασφάλισης και βεβαίωση από την οποία να προκύπτει η εμπειρία, εφόσον υπάρχει.

II. Σε ειδικές περιπτώσεις και με τυχόν δικαστική απόφαση, από την οποία να προκύπτει το είδος της παρασχεθείσας εργασίας και η χρονική διάρκεια της παροχής της.

III. Οι μισθωτοί του δημοσίου τομέα μπορούν, εναλλακτικά, αντί της βεβαίωσης του ασφαλιστικού φορέα, να προσκομίσουν βεβαίωση του οικείου φορέα του δημοσίου τομέα, από την οποία να προκύπτει το είδος και η χρονική διάρκεια της εμπειρίας.

- 8) Πιστοποίηση Γλωσσομάθειας, εφόσον την επικαλείται ο ενδιαφερόμενος
- 9) Πιστοποίηση Γνώσης Χρήσης Η/Υ, εφόσον την επικαλείται ο ενδιαφερόμενος στην αίτηση συμμετοχής του

10) Λοιπά δικαιολογητικά από τα οποία προκύπτουν τα προσόντα ή ιδιότητες που επικαλούνται στην αίτησή τους.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ

Κάθε ενδιαφερόμενος μπορεί να υποβάλει **μία μόνο αίτηση**. Η υποβολή περισσότερων της μιας αιτήσεων **συνεπάγεται αυτοδικαίως τον αποκλεισμό του ενδιαφερόμενου** από την περαιτέρω διαδικασία.

Τονίζεται ιδιαίτερα, ότι τα προσόντα, τα κριτήρια ή οι ιδιότητες που αναγράφονται από τον ενδιαφερόμενο στην αίτηση συμμετοχής του, **πρέπει να υφίστανται κατά την ημερομηνία λήξης της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων**.

Από το περιεχόμενο των αποδεικτικών εγγράφων ή βεβαιώσεων πρέπει να προκύπτει ότι το συγκεκριμένο προσόν, κριτήριο ή ιδιότητα υπήρχε κατά την ημέρα λήξης της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

Αν δεν υποβληθούν τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, η αίτηση του ενδιαφερόμενου απορρίπτεται. Χρόνος συνδρομής των κριτηρίων και των γενικών και απαιτούμενων προσόντων είναι ο χρόνος λήξης της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων της παρούσας πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Για πληροφορίες, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να ανατρέχουν στην ιστοσελίδα του ΕΚΕΨΥΕ www.ekepsy.gr.

Ο Πρόεδρος του Δ.Σ

Στυλιανός Χριστογιώργος

Αναπλ. Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής
Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών

ΑΙΤΗΣΗ

ΓΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ ΕΚΕΨΥΕ

(Αριθ. Γ4β/Γ.Π.74927/30-1--2019 απόφαση του Υπουργού Υγείας)

Για την Πρόσκλησης Εκδήλωση Ενδιαφέροντος με αριθμό 5095/13-11-2019

Για τη θέση:

Δομή Ψυχικής Υγείας Λιβαδειάς (Οικοτροφείο «Δίας») Ειδικότητα ΤΕ Νοσηλευτικής

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ:

Α.Δ.Τ.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

ΒΑΣΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ:

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Α/Α	ΤΥΠΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	Υπεύθυνη Δήλωση		
2	Αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα		
3	Αντίγραφο Α.Δ.Τ		
4	Αντίγραφο Τίτλου Σπουδών		
5	Αντίγραφο Μεταπτυχιακών ή Διδακτορικών τίτλων		
6	Αντίγραφο άσκησης επαγγέλματος		
7	Πιστοποιητικά εργασιακής εμπειρίας		
8	Πιστοποιητικά Γλωσσομάθειας		
9	Πιστοποιητικά Γνώσης Χρήσης Η/Υ		
10	Λοιπά δικαιολογητικά που επικαλείται ο ενδιαφερόμενος		

Ο Αιτών/ Η Αιτούσα

Υπογραφή



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ*
(άρθρο 8 Ν. 1599/1986)

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

ΠΡΟΣ:	ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΩΝ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία Γέννησης ⁽¹⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ.:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ.:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρον. Ταχυδρομείου (e-mail):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽²⁾ που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Δεν έχω καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
- Τα στοιχεία που συμπληρώνω στον πίνακα για την απόδειξη της εμπειρίας είναι ακριβή.
- Γνωρίζω ότι, εάν από καταγγελία ή αυτεπάγγελτο έλεγχο ή από οποιονδήποτε έλεγχο των αποδεικτικών στοιχείων προκύψει οποιαδήποτε διαφορά με όσα δηλώνω στην υπεύθυνη δήλωση, τότε θα διαγραφώ από τον πίνακα επιλεγέντων και θα έχω τις προβλεπόμενες από τις διατάξεις του Ν. 1599/1986 ποινικές κυρώσεις.

Τίτλος σπουδών ⁽³⁾	Εκπαιδευτικό ίδρυμα	Ημερομηνία κτήσης

Άδεια άσκησης επαγγέλματος (όπου απαιτείται) ⁽⁴⁾	Φορέας χορήγησης αυτής	Ημερομηνία λήψης

Ασφαλιστικός φορέας ⁽⁵⁾	Συνολική διάρκεια ασφάλισης σε μήνες

(1) Αναγράφεται ολογράφως.

(2) «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».

(3), (4), (5) Τα αντίστοιχα αποδεικτικά στοιχεία τα καταθέτω με την αίτηση συμμετοχής μου.

