

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος στο πλαίσιο υλοποίησης της δράσης με τίτλο «Ολοκληρωμένη επείγουσα παρέμβαση υγείας για την προσφυγική κρίση», στο πλαίσιο της Έκτακτης Βοήθειας του Ταμείου Ασύλου, Μετανάστευσης και Ένταξης (AMIF) της Γενικής Διεύθυνσης Μετανάστευσης & Εσωτερικών Υποθέσεων (DG HOME) της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

Το ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.), Ν.Π.Ι.Δ. εποπτευόμενο από τον Υπουργό Υγείας και επιχορηγούμενο από το Υπουργείο Υγείας, που εδρεύει στην Αθήνα, οδός Αβέρωφ αρ.10 στεγάζεται στο Μαρούσι (Αγράφων 3-5) και εκπροσωπείται εν προκειμένω νόμιμα από τον Πρόεδρο του Δ.Σ., αναπληρωτή Καθηγητή Χειρουργικής κ. Θεόφιλο Ρόζενμπεργκ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις όπως αυτές ισχύουν:

- 1.1 Του Ν. 2071/1992 (άρθρο 26) – σύσταση του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) ως Ν.Π.Ι.Δ. εποπτευόμενο από ΥΓΚΑ
- 1.2 Του Π.Δ. 358/1992 – οργάνωση, λειτουργία, αρμοδιότητες Κ.Ε.Ε.Λ.
- 1.3 Την Υ1/οικ. 5028/2001, ΦΕΚ 831/Β/29.6.2001, «Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας του Κ.Ε.Ε.Λ.»
- 1.4 Του Π.Δ.407/93, ΦΕΚ 174/Α/5.10.1993, «Εξάιρεση από το Δημόσιο Τομέα του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.)»
- 1.5 Του Ν. 3370/2005, Άρθρο 20, ΦΕΚ 176/Α/11.7.2005 «Οργάνωση και Λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας Υγείας και λοιπές διατάξεις», μετονομασία του Κ.Ε.Ε.Λ. σε ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. και λοιπές ρυθμίσεις
- 1.6 Τις υπ. αριθμ. Α2β/Γ.Π.οικ: 31641 4/05/2016 & Α2β/Γ.Π.οικ 31933 5/05/2016 Υπουργικές αποφάσεις με περιεχόμενο τον διορισμό μελών στο Δ.Σ. του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.
- 1.7 Το Ν. 2690/ 1999 «Κύρωση του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και άλλες

διατάξεις» (ΦΕΚ 45 Α'/1999) όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει

- 1.8 Το Ν. 3527 (ΦΕΚ 25/Α/09-02-2007)(§ 23α) άρθρου 3 Κεφ. Β') «Κύρωση συμβάσεων υπέρ των νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»
- 1.9 Το Ν. 4354/2015 (ΦΕΚ 176 Α') «Διαχείριση των μη εξυπηρετούμενων δανείων, μισθολογικές ρυθμίσεις και άλλες επείγουσες διατάξεις εφαρμογής της συμφωνίας δημοσιονομικών στόχων και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων»
- 1.10 Το Ν. 4110/2013 άρθρο 23 § 2 και τις τροποποιήσεις που αυτός επέφερε στον ΚΦΑΣ

2. Τις αποφάσεις:

- 2.1 Το υπ' αριθμ. 246/6-6-2016 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας με το οποίο αναθέτει στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. την διαχείριση και την υλοποίηση του έργου.
- 2.2 Τις αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου του ΚΕΕΛΠΝΟ που ελήφθησαν κατά τις 13^η Συνεδρίαση/06-06-2016 και 19^η Συνεδρίαση-22-07-2016 σχετικά με την απόφαση των Μελών για την συμμετοχή του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. στο χρηματοδοτούμενο πρόγραμμα του Ταμείου Ασύλου, Μετανάστευσης και Ένταξης (ΑΜΙΕ) της Γενικής Διεύθυνσης Μετανάστευσης & Εσωτερικών Υποθέσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.
- 2.3 Το υπ' αριθμ. 12720//26-7-2016 έγγραφο της Γενικής Διεύθυνσης Μετανάστευσης & Εσωτερικών Υποθέσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής σχετικά με την έγκριση του κατατεθειμένου προγράμματος με τίτλο «Ολοκληρωμένη επείγουσα παρέμβαση υγείας για την προσφυγική κρίση»
- 2.4 Την απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ που ελήφθη κατά την 20^η/28-07-2016 σχετικά με την έγκριση του Προγράμματος με τίτλο «Ολοκληρωμένη επείγουσα παρέμβαση υγείας για την προσφυγική κρίση».

Καλεί τους ενδιαφερόμενους να συνάψουν συμβάσεις έργου, σύμφωνα με τις παρακάτω ειδικότητες για την Κεντρική Υπηρεσία του ΚΕΕΛΠΝΟ και στις Κεντρικές Υπηρεσίες των Υγειονομικών Περιφερειών:

Κεντρική Υπηρεσία ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

- 3 Επιδημιολόγους Πεδίου. Θα προταχθούν υποψήφιοι/υποψήφιοι που θα προσκομίσουν πιστοποιητικά επιμόρφωσης από διεθνώς αναγνωρισμένους φορείς (ΚΩΔ. Β1)

1^η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής

- 3 Ιατρούς, ειδικότητας Γενικής Ιατρικής και εν ελλείψει αυτής Παθολογίας και εν ελλείψει αυτών Παιδιατρικής. (ΚΩΔ. Β2)
- 6 Επισκέπτες Υγείας, ΤΕ επισκεπτών υγείας. (ΚΩΔ. Β3)

- 6 διασώστες/οδηγοί (ΚΩΔ. Β4)
- 1 Επιδημιολόγος Πεδίου (ΚΩΔ. Β1)

2^η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου

- 1 Ιατρός, ειδικότητας Γενικής Ιατρικής και εν ελλείψει αυτής Παθολογίας και εν ελλείψει αυτών Παιδιατρικής. (ΚΩΔ. Β2)
- 2 Επισκέπτες Υγείας, ΤΕ επισκεπτών υγείας. (ΚΩΔ. Β3)
- 2 διασώστες / οδηγούς (ΚΩΔ. Β4)
- 1 Επιδημιολόγος Πεδίου (ΚΩΔ. Β1)

3^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας

- 3 Ιατρούς, ειδικότητας Γενικής Ιατρικής και εν ελλείψει αυτής Παθολογίας και εν ελλείψει αυτών Παιδιατρικής. (ΚΩΔ. Β2)
- 6 Επισκέπτες Υγείας, ΤΕ επισκεπτών υγείας. (ΚΩΔ. Β3)
- 6 διασώστες/οδηγοί (ΚΩΔ. Β4)
- 1 Επιδημιολόγος Πεδίου (ΚΩΔ. Β1)

4^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας - Θράκης

- 3 Ιατρούς, ειδικότητας Γενικής Ιατρικής και εν ελλείψει αυτής Παθολογίας και εν ελλείψει αυτών Παιδιατρικής. (ΚΩΔ. Β2)
- 6 Επισκέπτες Υγείας, ΤΕ επισκεπτών υγείας. (ΚΩΔ. Β3)
- 6 διασώστες/οδηγοί (ΚΩΔ. Β4)
- 1 Επιδημιολόγος Πεδίου (ΚΩΔ. Β1)

5^η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας

- 1 Ιατρός, ειδικότητας Γενικής Ιατρικής και εν ελλείψει αυτής Παθολογίας και εν ελλείψει αυτών Παιδιατρικής. (ΚΩΔ. Β2)
- 2 Επισκέπτες Υγείας, ΤΕ επισκεπτών υγείας. (ΚΩΔ. Β3)
- 2 διασώστες/οδηγοί (ΚΩΔ. Β4)
- 1 Επιδημιολόγος Πεδίου (ΚΩΔ. Β1)

6^η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας

- 2 Ιατρούς, ειδικότητας Γενικής Ιατρικής και εν ελλείψει αυτής Παθολογίας και εν ελλείψει αυτών Παιδιατρικής. (ΚΩΔ. Β2)
- 4 Επισκέπτες Υγείας, ΤΕ επισκεπτών υγείας. (ΚΩΔ. Β3)

- 4 διασώστες/οδηγοί (ΚΩΔ. Β4)
- 1 Επιδημιολόγος Πεδίου (ΚΩΔ. Β1)

7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης

- 1 Ιατρός, ειδικότητας Γενικής Ιατρικής και εν ελλείψει αυτής Παθολογίας και εν ελλείψει αυτών Παιδιατρικής. (ΚΩΔ. Β2)
- 2 Επισκέπτες Υγείας, ΤΕ επισκεπτών υγείας. (ΚΩΔ. Β3)
- 2 διασώστες/οδηγοί (ΚΩΔ. Β4)
- 1 Επιδημιολόγος Πεδίου (ΚΩΔ. Β1)

A. Επισημαίνεται ότι εν ελλείψει των προαναφερόμενων ειδικοτήτων ιατρών, η πλήρωση των κενών θέσεων θα πραγματοποιηθεί από ιατρούς άνευ ειδικότητας.

B. Επίσης επισημαίνεται ότι εν ελλείψει ΤΕ Επισκεπτών Υγείας, η πλήρωση των κενών θέσεων θα πραγματοποιηθεί από υποψηφίους ΤΕ Νοσηλευτικής.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΑΝΑ ΚΩΔ. ΘΕΣΗΣ

ΚΩΔ. ΘΕΣΗΣ Β1

- Πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ Επαγγελματιών Υγείας ημεδαπής ή αναγνωρισμένο πτυχίο αλλοδαπής
- Μεταπτυχιακός ή Διδακτορικός Τίτλος σπουδών στον τομέα της Δημόσιας Υγείας ή Επιδημιολογίας
- Καλή γνώση τουλάχιστον μιας ξένης γλώσσας
- Καλή γνώση και ικανότητα χειρισμού Η/Υ.
- Εργασιακή εμπειρία σε συναφές αντικείμενο
- Θα προτιμηθούν υποψήφιοι/υποψήφιοι που θα προσκομίσουν και πιστοποιητικά επιμόρφωσης από διεθνώς αναγνωρισμένους φορείς στο συναφές αντικείμενο

ΚΩΔ. ΘΕΣΗΣ Β2

- Πτυχίο Ιατρικής Σχολής ημεδαπής ή αναγνωρισμένο πτυχίο αλλοδαπής
- Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
- Βεβαίωση τίτλου ειδικότητας.
- Βεβαίωση του οικείου Ιατρικού Συλλόγου
- Καλή γνώση τουλάχιστον μιας ξένης γλώσσας

ΚΩΔ. ΘΕΣΗΣ Β3

- Πτυχίο ΤΕΙ Επισκεπτών Υγείας

- Άδεια άσκησης επαγγέλματος.
- Καλή γνώση τουλάχιστον μιας ξένης γλώσσας

ΚΩΔ. ΘΕΣΗΣ Β4

- Δίπλωμα Επαγγελματικής Κατάρτισης της ειδικότητας «Πλήρωμα Ασθενοφόρου – Διασώστης» του ΙΕΚ ΕΚΑΒ ή αντίστοιχης ειδικότητας σχολής της ημεδαπής ή αλλοδαπής. Σε περίπτωση που δεν καθίσταται δυνατή η πλήρωση θέσεων από υποψηφίους με το προαναφερόμενο δίπλωμα γίνεται δεκτός απολυτήριος τίτλος Ελληνικού Λυκείου ή άλλος ισότιμος τίτλος σχολικής μονάδας της ημεδαπής ή αλλοδαπής και βεβαίωση Επαγγελματικής Κατάρτισης ΙΕΚ ΕΚΑΒ της ειδικότητας «Πλήρωμα Ασθενοφόρου – Διασώστης»

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να υποβάλουν τα παρακάτω δικαιολογητικά

- 1. Αίτηση – δήλωση σε ειδικό έντυπο (Παράρτημα Ι).** Η αίτηση - δήλωση συμπληρώνεται με ακρίβεια και σε όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνει. Αιτήσεις σε άλλο έντυπο ή αιτήσεις στις οποίες δεν έχουν συμπληρωθεί όλα τα απαιτούμενα στοιχεία, δεν γίνονται δεκτές. Σημειώνεται ότι η επιλογή προτίμησης Α' και Β' είναι καθοριστική για την τελική επιλογή των υποψηφίων και θα τηρηθεί αυστηρά η σειρά προτίμησης στην δήλωση. Ο/η υποψήφιος/α που δεν θα συμπληρώσει τα μέρη, για καμία από τις δυο επιλογές προτίμησης θεωρείται αποτυχών/ουσα .
- 2. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1589/1986** όπως αυτή επισυνάπτεται της προκήρυξης (Παράρτημα ΙΙ) για την μη καταδίκη, παραπομπή, στερητική δικαστική συμπαράσταση κτλ του/της υποψηφίου/ιας.
- 3. Φωτοαντίγραφο πτυχίου.** Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται και φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης. Σε περίπτωση πτυχίων από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, απαιτείται φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου, φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ. Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Στα απλά φωτοαντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILLE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό, όπου αυτή απαιτείται.
- 4. Αντίγραφο Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού τίτλου σπουδών (συναφούς αντικειμένου).** Σε περίπτωση Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού τίτλου σπουδών πανεπιστημίου κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται και φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης. Σε περίπτωση Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού τίτλου σπουδών από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, απαιτείται φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού τίτλου σπουδών , φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της

απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ. Όλα τα ξενόγλωσσα Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού τίτλου σπουδών θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Στα απλά φωτοαντίγραφα των ξενόγλωσσων Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού τίτλου σπουδών θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILLE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό, όπου αυτή απαιτείται.

5. **Φωτοαντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος (για τους υποψήφιους ιατρούς)**
6. **Φωτοαντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας (για τους υποψήφιους Ιατρούς).**
7. **Βεβαίωση του οικείου Ιατρικού Συλλόγου** στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης της **(για τους υποψήφιους ιατρούς).**
8. **Φωτοαντίγραφο Άδειας ασκήσεως επαγγέλματος (όπου απαιτείται).**
9. **Φωτοαντίγραφο Βεβαίωσης ιδιότητας μέλους της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος (για τους νοσηλευτές ΤΕ κατηγορίας)**
10. **Εγγραφή στον Επαγγελματικό Σύλλογο (όπου απαιτείται)**
11. **Αντίγραφο πιστοποιητικού γλωσσομάθειας (όπου απαιτείται)**
12. **Αντίγραφο πιστοποιητικού γνώσης ηλεκτρονικού υπολογιστή (όπου απαιτείται)**
13. **Βεβαίωση εθελοντικής εργασίας** από ιδιωτικούς φορείς (π.χ. Πιστοποιημένες ΜΚΟ), Διεθνείς Οργανισμούς ή δημόσιους φορείς (π.χ. ΕΚΕΠΥ).
14. **Βεβαίωση προϋπηρεσίας** του εργοδότη ή του αντίστοιχου ασφαλιστικού φορέα (ιδιωτικού ή δημοσίου τομέα) σε συναφές αντικείμενο ανά Κωδικό.
15. **Πιστοποιητικό γέννησης ή φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου** όταν πρόκειται για πολίτη κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή **φωτοαντίγραφο του Δικαιώματος Άδειας Εργασίας στην Ελλάδα .**
16. **Πιστοποιητικό εκπλήρωσης στρατιωτικών υποχρεώσεων ή νόμιμης απαλλαγής από αυτές, προκειμένου περί ανδρών**
17. **Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης** του οικείου δήμου ή βεβαίωση οικογενειακής κατάστασης που χορηγείται από τα ΚΕΠ πρόσφατης έκδοσης (όχι παλαιότερης των 3 μηνών από την ημερομηνία έναρξης της προθεσμίας υποβολής αιτήσεων) για την απόδειξη ύπαρξης ανήλικων τέκνων.
18. **«Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης του οικείου δήμου ή βεβαίωση οικογενειακής κατάστασης που χορηγείται από τα ΚΕΠ για τους τρίτεκνους ή τα τέκνα τριτέκνων.»**
19. **Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης** του οικείου δήμου ή βεβαίωση οικογενειακής κατάστασης που χορηγείται από τα ΚΕΠ για τους πολύτεκνους ή τα τέκνα πολύτεκνων καθώς και πιστοποιητικό της Ανώτατης Συνομοσπονδίας Πολυτέκνων Ελλάδος (ΑΣΠΕ).»

- 20. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης ή/και δικαστική απόφαση** από την οποία να προκύπτει η άσκηση της γονικής μέριμνας των τέκνων, για την απόδειξη της πλήρωσης του κριτηρίου της μονογονεϊκής οικογένειας.
- 21. Βεβαίωση μόνιμης κατοικίας από τον οικείο δήμο πρόσφατης έκδοσης**, όχι παλαιότερης των 2 μηνών από την ημερομηνία έναρξης της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων για το κριτήριο της εντοπιότητας αυτών που είναι μόνιμοι κάτοικοι των δήμων ή κοινοτήτων των νομών Ξάνθης, Ροδόπης, Έβρου, Καβάλας, Κιλκίς, Σερρών, Δράμας, Καστοριάς, Φλώρινας, Γρεβενών, Κοζάνης, Ευρυτανίας, ή των νησιών του Αιγαίου, Θεσπρωτίας, Ιωαννίνων, Πέλλας.
- 22. Βεβαίωση ΟΑΕΔ** για την πιστοποίηση του χρόνου ανεργίας, εφόσον ο υποψήφιος είναι άνεργος κατά την υποβολή της αίτησης.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Η αξιολόγηση των αιτήσεων θα γίνει από την Επιτροπή Αξιολόγησης, η οποία ορίζεται από το Δ.Σ. του ΚΕΕΛΠΝΟ. Η Επιτροπή θα αξιολογήσει τους υποψηφίους ως προς τα απαιτούμενα προσόντα, σύμφωνα με τον προσαρτημένο πίνακα βαθμολόγησης κριτηρίων (Παράρτημα ΙΙΙ) της παρούσας πρόσκλησης, και θα καταρτίσει σχετικούς αναλυτικούς πίνακες επιτυχόντων και αποτυχόντων, οι οποίοι θα δημοσιοποιηθούν με ανάρτησή τους στην ιστοσελίδα του ΚΕΕΛΠΝΟ.

Κατά των παραπάνω πινάκων, οι έχοντες έννομο συμφέρον, μπορούν να ασκήσουν γραπτή ένσταση μέσα σε προθεσμία δέκα (10) ημερολογιακών ημερών από την κατά τα προηγούμενα δημοσιοποίησή τους.

Οι ενστάσεις εξετάζονται από την αρμόδια Επιτροπή Ενστάσεων που ορίζεται από το Δ.Σ. του ΚΕΕΛΠΝΟ.

Η διαδικασία της αξιολόγησης θα ολοκληρωθεί με ανάρτηση, στην ιστοσελίδα του ΚΕΕΛΠΝΟ, τελικού πίνακα επιτυχόντων, μετά και την έκδοση των αποφάσεων επί των ενστάσεων. Όσοι επιλεγούν θα ειδοποιηθούν και ατομικά.

Επισημαίνεται ότι υποψήφιοι, οι οποίοι δεν διαθέτουν τα ελάχιστα απαιτούμενα προσόντα, θα αποκλείονται αυτομάτως από την περαιτέρω διαδικασία αξιολόγησης.

ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

Οι συμβαλλόμενοι θα απασχοληθούν στο πρόγραμμα με σύμβαση έργου έως και τις 30 Απριλίου 2017 με άμεση έναρξη. Το μέσο μηνιαίο μισθολογικό κόστος (συμπεριλαμβανομένων όλων των προβλεπόμενων κρατήσεων – εισφορών), κάθε ενδιαφερόμενου διαμορφώνεται σύμφωνα με τις αμοιβές των αντίστοιχων ειδικοτήτων, σύμφωνα με το Ενιαίο Μισθολόγιο.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να υποβάλουν την αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος (σε κλειστό φάκελο) είτε αυτοπροσώπως είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή είτε ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή στη Γραμματεία του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Αγράφων 3-5, Μαρούσι, Τ.Κ 15123. Στην περίπτωση αποστολής των αιτήσεων ταχυδρομικώς το εμπρόθεσμο των αιτήσεων κρίνεται με βάση την ημερομηνία που φέρει ο φάκελος αποστολής ο οποίος μετά την αποσφράγιση του επισυνάπτεται στην αίτηση των υποψηφίων. Σημειώνεται ότι οι ενδιαφερόμενοι, που θέλουν να υποβάλλουν αίτηση για παραπάνω από μία θέση, υποχρεούνται να καταθέσουν μία αίτηση για κάθε θέση στον ίδιο φάκελο.

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΣΗΜΑΝΣΗΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Α Ι Τ Η Σ Η

Κέντρο Ελέγχου Και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)
Αγράφων 3-5, 15123, Μαρούσι

Για την:

Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος με αριθμ. πρωτ. 1861/δics/11-08-2016 στο πλαίσιο υλοποίησης του Προγράμματος με τίτλο «Ολοκληρωμένη επείγουσα παρέμβαση υγείας για την προσφυγική κρίση»

Στοιχεία αποστολέα:

Κωδικός Θέσης:

Τοποθεσία επιλογής:

**Ν Α Μ Η Ν Α Ν Ο Ι Χ Θ Ε Ι Α Π Ο Τ Η Ν Τ Α Χ Υ Δ Ρ Ο Μ Ι Κ Η Υ Π Η Ρ Ε Σ Ι Α ή
Τ Η Γ Ρ Α Μ Μ Α Τ Ε Ι Α**

Η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων είναι είκοσι τέσσερις (24) ημέρες και αρχίζει από την ημέρα της δημοσίευσης της Πρόσκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος στην ιστοσελίδα του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. μέχρι τις **31/08/2016** και ώρα **15:00**. Συμπληρωματικές ή/και διευκρινιστικές πληροφορίες για τα δικαιολογητικά, υποχρεώσεις κλπ., παρέχονται από το Γραφείο Διαχείρισης Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, στο τηλέφωνο 210 52 12 890, κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες 09:00-14:00.

Με την υποβολή των προτάσεων εκδήλωσης ενδιαφέροντος και των βιογραφικών στοιχείων τους οι ενδιαφερόμενοι αποδέχονται πλήρως τους όρους της παρούσας πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος, καθώς και ότι η διαδικασία δύναται με απόφαση της αναθέτουσας αρχής να διακοπεί, αναβληθεί ή επαναληφθεί με τα ίδια ή και άλλο περιεχόμενο χωρίς να μπορεί να υπάρξει οιαδήποτε αξίωση των ενδιαφερομένων έναντι της αναθέτουσας αρχής.

Ο Πρόεδρος Δ.Σ. του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Θεόφιλος Ρόζενμπεργκ

Αναπληρωτής Καθηγητής Χειρουργικής



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ – ΠΡΟΤΑΣΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΩΔΙΚΟ ΘΕΣΗΣ

..... ΣΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ:

Α' ΕΠΙΛΟΓΗ

Β' ΕΠΙΛΟΓΗ

Επώνυμο :

Όνομα :

Όνομα πατρός :

Αριθμός τηλεφώνου οικίας ή κινητού :

E-mail :

Ημερομηνία γέννησης :

Υπηκοότητα :

Στρατιωτική θητεία (για τους άνδρες) : Απαλλαγή

Εκπληρωμένη από : /.... /.....
έως : /.... /.....

Υποβάλω την πρότασή μου για τον Κωδικό Θέσης:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- A) διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα (σε πρωτότυπα ή επίσημα αντίγραφα)
- B) για την ανάληψη του έργου και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αμοιβής δεν συντρέχει κανένα κώλυμα στο πρόσωπό μου και σε αντίθετη περίπτωση, θα φροντίσω για την άρση κάθε κωλύματος για το σκοπό αυτό, εφόσον η παρούσα πρότασή μου γίνει δεκτή.

Ημερομηνία:/..../2016

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (να καταγραφούν τα επισυναπτόμενα στην αίτηση δικαιολογητικά)