



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ΗΣ} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



8. η με αριθμ. Γ4α/Γ.Π./60735/9-8-2018 απόφαση του Υ.Υ. με θέμα: «Έγκριση για προκήρυξη θέσεων ειδικευμένων ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ.».

9. τα με αριθμ. 125/7-3-1984, 382/13-6-1984 και 296/15-6-1987 ΦΕΚ σχετικά με σύσταση θέσεων ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ. στο Κ.Ψ.Υ. Περιστεριού,

ΠΡΟΚΗΡΥΣΣΕΙ

την πλήρωση στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής της κάτωθι θέσης ειδικευμένου Ιατρού του κλάδου Ε.Σ.Υ.:

Α/Α	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ
1	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ (με εμπειρία σε θέματα απεξάρτησης τοξικομανών)	ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ	1

A. Για τις ανωτέρω προσλήψεις απαιτούνται τα κατωτέρω τυπικά προσόντα:

1. Ελληνική ιθαγένεια, εξαιρουμένων των πολιτών κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
2. Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
3. Τίτλος αντίστοιχης θέσης ειδικότητας.
4. Χρόνος άσκησης στην ειδικότητα για τέσσερα (4) τουλάχιστον έτη
5. Εμπειρία σε θέματα απεξάρτησης τοξικομανών

B. Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται είναι τα εξής:

1. Αίτηση – δήλωση η οποία υποβάλλεται ηλεκτρονικά στην ηλεκτρονική διεύθυνση esydoctors.moh.gov.gr
2. Αντίγραφο της αίτησης – δήλωσης υποψηφιότητας που έχει υποβληθεί ηλεκτρονικά, υπογεγραμμένο από τον υποψήφιο.
3. Φωτοαντίγραφο του πτυχίου. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται φωτοαντίγραφο του πτυχίου, φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ, όπου απαιτείται.
4. Φωτοαντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
5. Φωτοαντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας.
6. Βεβαίωση του οικείου Ιατρικού Συλλόγου στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.
7. Πιστοποιητικό γέννησης ή φωτοαντίγραφο του Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου. Όταν πρόκειται για πολίτη κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται και επίσημη μετάφραση των δικαιολογητικών αυτών.
8. Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής, όπου είναι απαραίτητη, η οποία εκδίδεται από το τμήμα ιατρών υπηρεσίας υπαίθρου της Διεύθυνσης Ανθρώπινου Δυναμικού Νομικών Προσώπων του Υπουργείου Υγείας.
9. Υπεύθυνη δήλωση του υποψηφίου για διορισμό ιατρού στην οποία να αναφέρονται τα εξής: