



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΛΑΡΙΣΑ 18/12/2023  
Αριθμ. Πρωτ. 109686

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ**  
**5<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ**  
**Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας**

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

Τηλέφωνο : 2413 - 500875,857,844  
E-mail : [hr@dypethessaly.gr](mailto:hr@dypethessaly.gr)

**Θέμα :** Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την πρόσληψη δύο (2) ατόμων, ειδικότητας ΠΕ Μηχανικών, χρονικής διάρκειας δώδεκα (12) μηνών με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών για το Κέντρο Υγείας Λάρισας.

#### **Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΗΣ 5<sup>ης</sup> 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 της παρ. 1 του άρθρου 41 του ν.4058/2012(Α'63), όπως αρχικά αντικαταστάθηκε από το άρθρο 44 του ν.4486/2017(Α'115) και εν συνεχεία τροποποιήθηκε με το άρθρο 47 του ν.4633/2019(ΦΕΚ 161)τεύχος Α, το άρθρο 104 του ν. 5034/2023 (ΦΕΚ 69) τεύχος Α' και τροποποιήθηκε με το άρθρο 5 του Ν.5046/27-9-2023 και ισχύει.
3. Τη υπ' αριθμ. πρωτ. Γ4β/Γ.Π.οικ.: 65128/16-9-2019 (ΦΕΚ 751/τ. Υ.Ο.Δ.Δ./18.09.2019) Απόφαση του Υπουργού Υγείας για διορισμό του κ. Φώτιου Σερέτη ως Διοικητή της 5ης Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδος, όπως παρατάθηκε και ισχύει σύμφωνα με την υπ' αριθμ. πρωτ..Γ4β/Γ.Π.οικ.44310/28-07-2022 (ΦΕΚ 670/τ.Υ.Ο.Δ.Δ./30-07-2022) Απόφαση του Υπουργού και της Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας
4. Τη με αριθμ. 96915/8-11-2023 Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης και τον Πίνακα Πιστώσεων προϋπολογισμού της Διεύθυνσης Οικονομικών Υπηρεσιών της 5ης Υ.ΠΕ.
5. Τις από 8/11/2023 εκθέσεις αναγκαιότητας πρόσληψης προσωπικού, με δελτίο απόδειξης παροχής υπηρεσιών.
6. Το με αριθμ 96879/8-11-2023 έγγραφο της 5ης Υ.Πε προς το Υπουργείο Υγείας για έγκριση συνεργασίας του Κέντρου Υγείας ΛΑΡΙΣΑΣ, αρμοδιότητας της 5ης Υ.ΠΕ με δυο (2) εξωτερικούς συνεργάτες ειδικότητας ΠΕ Μηχανικών, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών.
7. Τη με αριθμ Γ4β/59317/15-12-2023 Εγκριτική Απόφαση της Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας με θέμα **«Έγκριση συνεργασίας του ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΛΑΡΙΣΑΣ με δυο (2) εξωτερικούς συνεργάτες ειδικότητας ΠΕ Μηχανικών, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για χρονικό διάστημα 12 μηνών»**
8. Τις επιτακτικές υπηρεσιακές ανάγκες, για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του Κέντρου Υγείας, αρμοδιότητας της 5ης Υ.ΠΕ.

**Κ Α Λ Ε Ι**

**Σε ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ για την κάλυψη των αναγκών του Κέντρου Υγείας ΛΑΡΙΣΑΣ, αρμοδιότητας της 5<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, και ειδικότερα για συνεργασία με δύο (2) εξωτερικούς συνεργάτες, ειδικότητας ΠΕ Μηχανικών, χρονικής διάρκειας δώδεκα (12) μηνών με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών. Η κατανομή των θέσεων είναι η εξής:**

5 <sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ					
ΦΟΡΕΑΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ-ΚΛΑΔΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ	ΩΡΕΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΩΣ	ΑΠΟΔΟΧΕΣ
ΚΥ ΛΑΡΙΣΑΣ	ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ-ΠΕ ΗΛΕΚΤΡΟΛΟΓΩΝ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ	1	12 ΜΗΝΕΣ	40	1.700 ευρώ
	ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ-ΠΕ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ	1	12 ΜΗΝΕΣ	40	1.700 ευρώ

Οι αποδοχές συμπεριλαμβάνουν τον ΦΠΑ, τις ασφαλιστικές εισφορές και τις λοιπές κρατήσεις.

Η εργασία που θα παρέχει είναι πλήρους απασχόλησης αλλά όχι αποκλειστικής, σύμφωνα με τις ανάγκες και το πρόγραμμα του Κέντρου Υγείας.

**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 δημοσιοϋπαλληλική 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:

**ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΣΗ ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ- ΠΕ ΗΛΕΚΤΡΟΛΟΓΩΝ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ:**

α) Πτυχίο ή δίπλωμα Ηλεκτρολόγου Μηχανικού ή Ηλεκτρολόγου Μηχανικού και Μηχανικού Υπολογιστών ή Ηλεκτρολόγου Μηχανικού και Τεχνολογίας Υπολογιστών ή Ηλεκτρολόγου Μηχανικού και Μηχανικού Η/Υ Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ακαδημαϊκά ισοδύναμος ή ισότιμος τίτλος αντίστοιχης ειδικότητας σχολών της αλλοδαπής.

β) Η απαιτούμενη άδεια άσκησης επαγγέλματος.

**ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΣΗ ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ- ΠΕ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ:**

- α) Πτυχίο ή δίπλωμα Πολιτικού Μηχανικού Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ακαδημαϊκά ισοδύναμος ή ισότιμος τίτλος αντίστοιχης ειδικότητας σχολών της αλλοδαπής.
- β) Η απαιτούμενη άδεια άσκησης επαγγέλματος
5. Προϋπηρεσία τουλάχιστον 5 έτη από την κτήση του πτυχίου και Εμπειρία σε εκτέλεση Δημοσίων Έργων θα συνεκτιμηθούν (θα πρέπει να αποδεικνύεται με νομιμοποιητικά έγγραφα όπως συμβάσεις, βεβαιώσεις εργοδότη, κτλ)
  6. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης (τελευταίου εξαμήνου)
  7. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία να αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για ποινικά αδικήματα
  8. 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.
  9. Βεβαίωση προϋπηρεσίας από τον ασφαλιστικό φορέα
  10. 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 18.12.2023 έως τις 22.12.2023**, 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<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας,**

**Μεζούρλο ΤΘ 2101 τ.κ. 41110,**

με την ένδειξη

**«Για την Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την πρόσληψη ειδικότητας ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ- ΠΕ.....ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ, χρονικής διάρκειας δώδεκα (12) μηνών με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών για το Κέντρο Υγείας Λάρισας**

**Είτε ηλεκτρονικά στην διεύθυνση : [eprotocol@dypethessaly.gr](mailto:eprotocol@dypethessaly.gr) (σκαναρισμένο αρχείο)**

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.

**Δικαίωμα καταγγελίας σύμβασης**

Ο Διοικητής της 5<sup>ης</sup> 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<sup>ης</sup>  
Υγειονομικής Περιφέρειας  
Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας**

**ΦΩΤΗΣ ΣΕΡΕΤΗΣ**

**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ**

**ΠΡΟΣ**

5<sup>Η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ  
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ

ΟΝΟΜΑ

ΕΠΙΘΕΤΟ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ

ΚΑΤΟΙΚΟΣ

ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘΜΟΣ

ΤΚ

Α.Δ. Ταυτότητας

ΤΗΛ

ΚΙΝ. ΤΗΛ.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

Παρακαλώ να εξετάσετε την αίτησή μου για  
τη θέση κλάδου

ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ-

ΠΕ.....ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ

για το ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΑΡΙΣΑΣ κατόπιν  
της από .....πρόσκλησης  
εκδήλωσης ενδιαφέροντος της 5<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ

**Συνημμένα δικαιολογητικά:**

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

Ημερομηνία

.....

Ο/Η Αιτών/ούσα

(υπογραφή)