Ταχ. Διεύθυνση: Λυκαβηττού 21, 10671 Αθήνα 30-04-2015

Τηλέφωνο: 216 700 6987 Αρ.Πρωτ.DYNAMIZOIS20150430

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΚΕΝΩΝ ΘΕΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ “ΠΑΝΑΚΕΙΑ – ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΔΙΚΤΥΟΥ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΙΤΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΩ ΤΗΛΕΙΑΤΡΙΚΗΣ ” & ΚΩΔΙΚΟ ΟΠΣ 434377**

**Θέμα**: Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος για την κάλυψη κενών θέσεων και επιλαχόντων στο πλαίσιο του Υποέργου 1: **“ΤΗΛΕΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΕ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤ’ ΟΙΚΟΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ”**, της Πράξης με τίτλο: **“ΠΑΝΑΚΕΙΑ – ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΔΙΚΤΥΟΥ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΩ ΤΗΛΕΙΑΤΡΙΚΗΣ ”**, με κωδικό ΟΠΣ 434377 του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού 2007-2013» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ).

Η ΑΜΚΕ ΔΥΝΑΜΗ ΖΩΗΣ στο πλαίσιο Υλοποίησης της πράξης με τίτλο : **“ΠΑΝΑΚΕΙΑ – ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΔΙΚΤΥΟΥ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΙΤΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΩ ΤΗΛΕΙΑΤΡΙΚΗΣ ”** και κωδικό ΟΠΣ 434377που είναι ενταγμένη στοΕπιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) 2007-2013 και συγχρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας και το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ), προκηρύσσει για κάλυψη κενών θέσεων, τις θέσεις που περιγράφονται πιο κάτω. Οι θέσεις αυτές θα καλύψουν τις ανάγκες υλοποίησης του Υποέργου 1. Το Υποέργο 1 με τίτλο **“ΤΗΛΕΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΕ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤ’ ΟΙΚΟΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ”**, έχει ως στόχο την παροχή υπηρεσιών υγείας σε άτομα και οικογένειες που διαμένουν σε περιοχές με περιορισμένη πρόσβαση στην πρωτοβάθμια υγεία και ψυχική υγεία με έμφαση στην πρόληψη, την προαγωγή και την αποκατάσταση, ιδιαίτερα σε ανασφάλιστους, άνεργους, άπορους πολίτες και στον πληθυσμό που πλήττεται από τη φτώχεια. Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω τηλεϊατρικής θα παρέχονται σε περιφερειακή μονάδα στο Αλιβέρι από την κεντρική μονάδα που θα εδρεύει στην Αττική.

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ – ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Οι σχέσεις εργασίας θα είναι με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου και σύμβασης έργου ορισμένου χρόνου, διάρκειας έως την 27/11/2015.

Οι θέσεις ανά ειδικότητα έχουν ως εξής:

* 1 θέση ΠΕ Ιατρού-Παθολόγου , με σύμβαση έργου ορισμένου χρόνου.

Κωδικός Θέσης ΙΑ2.

**ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ – ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΑΝΑ ΘΕΣΗ**

**Θέση Ιατρού Παθολόγου**

Απαραίτητα τυπικά προσόντα:

Αναγνωρισμένο πτυχίο Ιατρικής, Ειδικότητας Παθολόγου

Καλή Γνώση Αγγλικών

Γνώση χειρισμού υπερήχου (προαιρετικό)

Γνώση Η/Υ

**ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ**

**Α. Περιεχόμενα Εγγράφων Υποβολής**

Οι αιτήσεις θα πρέπει να περιλαμβάνουν:

**1. Επιστολή ενδιαφέροντος, καθώς και τον κωδικό της θέσης (παράτημα 1)**

**2. Επισυναπτόμενο αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα (θα ήταν χρήσιμο να είναι σε μορφή Europass)**

**Β. Τρόπος Υποβολής**

Οι αιτήσεις θα πρέπει να αποστέλλονται μέσω e‐mail στη διεύθυνση: info@dynamizois.gr ή

με ταχυδρομείο στη Διεύθυνση: Προς ΑμΚΕ ΔΥΝΑΜΗ ΖΩΗΣ (3ος όροφος) Λ.Μεσογείων 451, 15342 Αγ. Παρασκευή / Υπόψη: κ. Χρονόπουλου Αργύρη ή μέσω fax στο 210 3608581.

Με την ένδειξη στο φάκελο:

**ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΗΣ ΠΡΑΞΗΣ “ΠΑΝΑΚΕΙΑ – ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΔΙΚΤΥΟΥ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΙΤΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΩ ΤΗΛΕΙΑΤΡΙΚΗΣ ”**, **ΜΕ ΚΩΔΙΚΟ MIS 434377 ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΘΕΣΗΣ: ………………………………………………………………………**

Για περισσότερες πληροφορίες, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να επικοινωνούν με τα Κεντρικά Γραφεία της ΑμΚΕ ΔΥΝΑΜΗ ΖΩΗΣ στο τηλ: 216 700 6987.

**Γ. Προθεσμία Υποβολής – Ενημέρωση**

Η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων είναι έως την **14/05/2015**.

Αιτήσεις που θα παραληφθούν μετά την παραπάνω ημερομηνία δεν θα συμπεριληφθούν στη φάση της αξιολόγησης.

Ο κύκλος επιλογής συνεργατών από την Επιτροπή Αξιολόγησης θα ξεκινήσει απο την ημερομηνία ανάρτησης της πρόσκλησης στην ιστοσελίδα της ΑμΚΕ ΔΥΝΑΜΗ ΖΩΗΣ ([www.dynamizois.gr](http://www.dynamizois.gr)).

Οι φάκελοι των υποψηφίων θα εξεταστούν από την Επιτροπή Αξιολόγησης και θα προσκληθούν σε συνέντευξη όσοι υποψήφιοι, βάσει του βιογραφικού τους σημειώματος αξιολογηθούν θετικά.

**ΛΟΙΠΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ – ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ**

Η αξιολόγηση θα γίνει από Ειδική Επιτροπή Αξιολόγησης Υποψηφιοτήτων.

Η αξιολόγηση όλων των υποψηφίων θα γίνει αρχικά προς τα τυπικά τους προσόντα και τα τυχόν επιπλέον προσόντα, όπως αυτά αναγράφονται ανωτέρω ανά θέση-ειδικότητα βάσει των βιογραφικών σημειωμάτων. Η Επιτροπή θα δύναται να ζητήσει κάθε συμπλήρωση και διευκρίνιση των υποβληθέντων δικαιολογητικών η προσκόμιση συμπληρωματικών στοιχείων που κρίνει απαραίτητη.

Υποψήφιοι/ες οι οποίοι/ες δεν διαθέτουν τα ελάχιστα απαραίτητα τυπικά προσόντα, όπως αυτά ορίζονται από την Προκήρυξη, θα αποκλείονται.

Υποψήφιοι/ες οι οποίοι/ες δεν υποβάλλουν την Αίτηση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος-Αίτηση Συμμετοχής και Βιογραφικό, όπως αυτά από την Προκήρυξη, θα αποκλείονται.

Επισημαίνεται ότι όσες από τις αιτήσεις υποβληθούν με τρόπο διαφορετικό από αυτόν που ορίζει η προκήρυξη δεν θα ληφθούν υπόψη από την αρμόδια Επιτροπή.

Η Επιτροπή θα πραγματοποιήσει προσωπικές συνεντεύξεις με κάθε Υποψήφιο/α που πληροί τα ελάχιστα απαραίτητα τυπικά προσόντα, όπως αυτά ορίζονται από την Προκήρυξη.

Στην προσωπική συνέντευξη θα συνεκτιμηθούν όλα τα στοιχεία που θα βοηθήσουν στη διαμόρφωση ορθής γνώμης για τις γνώσεις, την εμπειρία, την προσωπικότητα, τον χαρακτήρα και την καταλληλότητα των υποψηφίων. Θα αξιολογηθούν η κατανόηση των απαιτήσεων της θέσης, ο δυναμικός χαρακτήρας και η ικανότητα στην επικοινωνία, στην οργάνωση, στη συνεργασία σε ομάδα και στη διοίκηση.

Η ενημέρωση σχετικά με την επιλογή των υποψηφίων θα πραγματοποιηθεί μέσω της ιστοσελίδας της ΔΥΝΑΜΗΣ ΖΩΗΣ και πιθανές ενστάσεις θα υποβληθούν προς την αρμόδια επιτροπή εντός τριών (3) εργάσιμων ημερών από τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων.

Για την ΑμΚΕ ΔΥΝΑΜΗ ΖΩΗΣ



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**

**Α. ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ – ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

**ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ στο Έργο με τίτλο: «ΠΑΝΑΚΕΙΑ – ΔΗΜΙΟΥΡΓΊΑ ΔΙΚΤΥΟΥ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΩ ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗΣ» ΜΕ ΚΩΔ. ΟΠΣ 434377.**

**Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

ΟΝΟΜΑ:………………………………………………………………………………

ΕΠΩΝΥΜΟ: …………………………………………………………………………..

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: …………………………………………………………………...

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (οδός, αριθμός, ταχ. κώδικας, πόλη):

……………………………………………………………………………………………

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ……………………………………………………………………………

ΘΕΣΗ: ……………………………………………………………………………………

ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ΝΑΙ | ΝΟΜΙΜΗ ΑΠΑΛΛΑΓΗ | ΟΧΙ |

ΚΩΔ. ΘΕΣΗΣ: ………………………………………………………………………………