

# 1. ΔΗΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Μέσο: . . . . . ΤΥΠΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Ημ. Έκδοσης: . . . 11/09/2020 Ημ. Αποδελτίωσης: . . . 11/09/2020

Σελίδα: . . . . . 13

Innews ΑΕ - Αποδελτίωση Τύπου - <http://www.innews.gr>



Θεσσαλονίκη 09/09/2020  
 Αρ.Πρωτ.: 2618  
**ΝΠΔΔ ΔΗΜΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**  
**ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**  
**(Κ.Α.Π.Η.) ΔΗΜΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**  
 Δ/ση: Βασ.Όλγας 148 Τ.Κ.: 54645  
 Τηλ.: 2310 - 519584 / 550989  
**ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**  
**ΣΜΕ 1/2020 ΤΟΥ Ν.Π.Δ.Δ. Κ.Α.Π.Η. ΔΗΜΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**  
**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ του Ν.Π.Δ.Δ. Κ.Α.Π.Η. ΔΗΜΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**  
 απευθύνει  
 Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για σύναψη συμβάσεων μίσθωσης έργου με δύο (2) ΠΕ Ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων με αντικείμενο την εκτέλεση του έργου: «Παροχή ιατρικής φροντίδας σε μέλη των 14 Παραρτημάτων του Κ.Α.Π.Η. Δήμου Θεσσαλονίκης με προβλήματα υγείας» και συγκεκριμένα ανά υπηρεσία, έδρα, ειδικότητα και διάρκεια σύμβασης, με τα αντίστοιχα απαιτούμενα προσόντα :

ΕΔΡΑ ΚΩΔΙΚΟΣ - ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡ. ΘΕΣΕΩΝ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ	ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ
Γραφείο Διοίκησης Κ.Α.Π.Η. και Παραρτήματα  101 - ΠΕ Ιατρός Γενικής Ιατρικής	1	Από την υπογραφή της σύμβασης και μέχρι δωδεκα (12) μήνες	1 Πτυχίο ή δίπλωμα Ιατρικής Α.Ε.Ι της ημεδαπής ή ισότιμο πτυχίο ή δίπλωμα ιατρικής σχολών της αλλοδαπής 2 Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος ή βεβαίωση ότι πληροί όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος 3 Άδεια χρησιμοποίησης τίτλου αντίστοιχης ιατρικής ειδικότητας 4 Βεβαίωση ιδιότητας μέλους Ιατρικού Συλλόγου και 5 Βεβαίωση εκπλήρωσης της υπηρεσίας υπαθρού, αποδεκνόμενη με βεβαίωση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή βεβαίωση του ίδιου Υπουργείου ότι δεν απαιτείται. 6 Αποδεδειγμένη επαγγελματική εμπειρία σε Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)
Γραφείο Διοίκησης Κ.Α.Π.Η. και Παραρτήματα  102 - ΠΕ Ιατρός Παθολόγος	1	Από την υπογραφή της σύμβασης και μέχρι δωδεκα (12) μήνες	1 Πτυχίο ή δίπλωμα Ιατρικής Α.Ε.Ι της ημεδαπής ή ισότιμο πτυχίο ή δίπλωμα ιατρικής σχολών της αλλοδαπής 2 Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος ή βεβαίωση ότι πληροί όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος 3 Άδεια χρησιμοποίησης τίτλου αντίστοιχης ιατρικής ειδικότητας 4 Βεβαίωση ιδιότητας μέλους Ιατρικού Συλλόγου και 5 Βεβαίωση εκπλήρωσης της υπηρεσίας υπαθρού, αποδεκνόμενη με βεβαίωση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή βεβαίωση του ίδιου Υπουργείου ότι δεν απαιτείται. 6 Αποδεδειγμένη επαγγελματική εμπειρία σε Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να υποβάλουν την αίτηση με κωδικό ΕΝ-ΤΥΠΟ ΣΜΕ 4 μαζί με τα δικαιολογητικά τους, 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 στα γραφεία της υπηρεσίας μας στην ακόλουθη διεύθυνση: Γραφείο Διοίκησης Ν.Π.Δ.Δ. Κ.Α.Π.Η. Δήμου Θεσσαλονίκης (Γραφεία 101), 1ος όροφος, Βασ.Όλγας 148, 54645 Θεσσαλονίκη, κατά το χρονικό διάστημα 14/09/2020 - 23/09/2020, τις εργάσιμες μέρες και ώρες 09.00 - 14.00. Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να βρουν ανάρτηση ολόκληρης της πρόσκλησης στην ιστοσελίδα του Ν.Π.Δ.Δ. Κ.Α.Π.Η. Δήμου Θεσσαλονίκης ([www.kapidthes.gr](http://www.kapidthes.gr)), στην ιστοσελίδα του Δήμου Θεσσαλονίκης ([www.thessaloniki.gr](http://www.thessaloniki.gr)).

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ν.Π.Δ.Δ.**  
**Κ.Α.Π.Η. ΔΗΜΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**  
**ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ**