ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ
3ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Πληροφορίες: Τσαρτσάλη Α.
Τηλέφωνο: 2311 226283
Email: daad5@3ype

3η ΥΠΕ Μακεδονίας
Θεσσαλονίκη, 11/11/2026
Αρ. Πρωτ.: 26237

<u>ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΒΕΡΟΙΑΣ ΜΕ ΕΝΑΝ (1) ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ, ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ</u>.

Έχοντας υπόψη:
1) Τις διατάξεις του Ν. 3329/05 (ΦΕΚ 81/τ.Α΄/4.4.05) όπως τροποποιήθηκε με το Ν. 3527/2007, (ΦΕΚ 25/τ.Α/9.2.07) και ισχύει σήμερα
2) Τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 9 του Π.Δ. 80/2016 (τ.Α΄/145) «Ανάληψη υποχρεώσεων από τους διατάκτες» (Φ.Ε.Κ. 145/τ.Α΄/5.8.2016).
3) Τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 2 και της παρ. 8 του άρθρου 3 του Ν. 4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 38/τ.Α'/2014), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
4) Την υπ' αριθ. Γ4β/Γ.Π.οικ.42227/07.08.2024 (ΦΕΚ 855/τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ./09.08.2024) Υπουργική Απόφαση σχετικά με τον διορισμό του Διοικητή της 3ης Υ.ΠΕ. Μακεδονίας.
5) Τις διατάξεις του άρθρου 41 παρ.1 του Ν.4058/2012 (ΦΕΚ 63/τ.Α΄/22-03-2012), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
6) Τις διατάξεις του άρθρου 34 παρ.2 και παρ.3 του Ν.4325/2015 (ΦΕΚ 47/τ.Α΄/11-05-2015).
7) Τις διατάξεις του άρθρου 29 του Ν.4419/2016 (ΦΕΚ 174/τ.Α΄/20-09-2016).
8) Την υπ' αριθμ. πρωτ. Γ4β/17379/12.05.2026 Απόφαση του Υπουργείου Υγείας με θέμα: «Έγκριση συνεργασίας του Κέντρου Υγείας Βέροιας με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Ακτινολογίας, αρμοδιότητας 3ης Υ.ΠΕ. Μακεδονίας, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών.

Καλεί

Τους ενδιαφερομένους ιδιώτες ιατρούς, σε συνεργασία με το Κέντρο Υγείας Βέροιας, αρμοδιότητας 3ης Υ.ΠΕ. Μακεδονίας, για μία (1) θέση ΠΕ Ιατρού ειδικότητας Ακτινολογίας, με καθεστώς έκδοσης από αυτόν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για τις παρεχόμενες υπηρεσίες του στο Κέντρο Υγείας.

Α. Για την κάλυψη των ανωτέρω θέσεων απαιτείται οι υποψήφιες/οι να έχουν:
α) Ελληνική Ιθαγένεια, πλην όσων προέρχονται από κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
β) Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για τη εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης.
γ) Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την ιδιότητα των δημοσίων

υπαλλήλων.
δ) Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή,
ε) Να εγγραφούν στην Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες, έπειτα από τη σύναψη σύμβασης παροχής υπηρεσιών.
στ) Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

Β. Ωράριο απασχόλησης: Συμμετοχή σε πρωινό ωράριο και στις εφημερίες του Κέντρου Υγείας ανάλογα με τις ανάγκες του.

Γ. Αμοιβή:
Η αμοιβή του ιατρού υπολογίζεται με βάση τις αποδοχές του πρωτοδιοριζόμενου Επιμελητή Β' του ΕΣΥ.

Δ. Κριτήρια Επιλογής
1. ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΘΕΣΕΙΣ
α Απαιτούμενα προσόντα (για τις θέσεις)
Πτυχίο ή δίπλωμα Ιατρικής Α.Ε.Ι., άδεια άσκησης επαγγέλματος, άδεια τίτλου αντίστοιχης ειδικότητας.
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 απαραιτήτως 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.
2. ΕΜΠΕΙΡΙΑ
Ως εμπειρία της παραπάνω θέσης νοείται η απασχόληση με σχέση εργασίας ή σύμβαση έργου στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ή άσκηση επαγγέλματος σε καθήκοντα ή έργα συναφή με το αντικείμενο της προς πλήρωση θέσης.
3. ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ
Οι υποψήφιοι θα κληθούν σε προσωπική συνέντευξη από τριμελή επιτροπή αποτελούμενη από:

α) Τον Διοικητή της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας,
β) Τους δύο (2) Υποδιοικητές της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας

Ε. Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής
Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, είτε ηλεκτρονικά (αρχείο pdf) στην ηλεκτρονική διεύθυνση : daad5@3ype.gr
Με την αίτηση συνυποβάλλονται:
α. Ακριβές αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας.
β. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
γ. Έγγραφα απόδειξης εμπειρίας
δ. Ακριβές αντίγραφο τίτλου σπουδών.
ε. Άδεια άσκησης επαγγέλματος
στ. Άδεια τίτλου αντίστοιχης ειδικότητας
ζ. Σύντομο βιογραφικό σημείωμα
η. Βεβαίωση εγγραφής Ιατρικού Συλλόγου

ΣΤ. Η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων αρχίζει στις 11/11/2026 ώρα 10.00 π.μ. και λήγει στις 13/11/2026 ώρα 13.00 μ.μ.
Η πρόσκληση αναρτάται στην ιστοσελίδα του Φορέα (www.3ype.gr).

Ο Διοικητής της 3ης Υ.ΠΕ. Μακεδονίας

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Γ. ΤΣΑΛΙΚΑΚΗΣ