



## ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΔΗΜΟΣ ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ  
Δ/ΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
Τμήμα Προσωπικού

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 35489/21-12-2023 ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ

**«Πρόσληψη ενός (1) ΠΕ Ιατρού με σύναψη σύμβασης μίσθωσης έργου συνολικής διάρκειας έως ένα (1) έτος για την κάλυψη αναγκών του Τμήματος Άσκησης Κοινωνικών Πολιτικών για την Τρίτη Ηλικία της Διεύθυνσης Κοινωνικής Προστασίας του Δήμου Νέας Ιωνίας»**

Ο Δήμος Νέας Ιωνίας ανακοινώνει τη σύναψη σύμβασης μίσθωσης έργου με έναν (1) ΠΕ Ιατρό για την κάλυψη αναγκών του Τμήματος Άσκησης Κοινωνικών Πολιτικών για την Τρίτη Ηλικία της Διεύθυνσης Κοινωνικής Προστασίας, που εδρεύει στη Νέα Ιωνία, με αντικείμενο την εκτέλεση του έργου: «Παροχή Ιατρικής Φροντίδας στα μέλη των Κ.Α.Π.Η.» συνολικής διάρκειας έως ένα (1) έτος.

ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΗΜΟΥ ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ	<b>ΠΕ ΙΑΤΡΟΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ</b> (ΕΝ ΕΛΛΕΙΨΕΙ ΑΥΤΟΥ ΘΑ ΠΡΟΤΙΜΗΘΟΥΝ ΚΑΤΑ ΣΕΙΡΑ: 1. ΠΕ ΙΑΤΡΟΣ ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ 2. ΠΕ ΙΑΤΡΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ 3. ΠΕ ΙΑΤΡΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ)	1	Έως 1 έτος από την υπογραφή της σύμβασης

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν την αίτησή τους είτε αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή στην Διεύθυνση: **Αγίου Γεωργίου 40, τ.κ. 142 34 Νέα Ιωνία** απευθύνοντάς την στο **Γραφείο Προσωπικού** υπόψη κας Αργυρώς Γαλάτου (τηλ. επικοινωνίας : 213 2000470)

**Οι υποψήφιοι μπορούν να αναζητήσουν το έντυπο της αίτησης στο Δημαρχείο ή στην ιστοσελίδα του Δήμου <https://neaionia.gr> Προκηρύξεις.**

**Η αίτηση συμμετοχής πρέπει απαραίτητως να εμφανίζεται υπογεγραμμένη, με φυσική υπογραφή. Ανυπόγραφες αιτήσεις δεν γίνονται δεκτές.**

Για την έγκυρη συμμετοχή των υποψηφίων στη διαδικασία επιλογής, απαιτούνται τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

1. **Φωτοαντίγραφο ταυτότητας**
2. **Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος**
3. **Πτυχίο ή δίπλωμα Ιατρικής ΑΕΙ ή το ομώνυμο πτυχίο ή δίπλωμα του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου ή των Προγραμμάτων Σπουδών Επιλογής ΑΕΙ της ημεδαπής ή ισότιμος τίτλος αντιστοίχης ειδικότητας σχολών της ημεδαπής ή αλλοδαπής βάσει του οποίου χορηγήθηκε η ανωτέρω άδεια άσκησης επαγγέλματος**
4. **Άδεια χρησιμοποίησης τίτλου της αντιστοίχης Ιατρικής ειδικότητας από την αρμόδια Ελληνική Αρχή**
5. **Βεβαίωση ιδιότητας μέλους Ιατρικού Συλλόγου**
6. **Εκπλήρωση της υποχρεωτικής άσκησης υπηρεσίας υπαίθρου, αποδεικνυόμενη με βεβαίωση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή βεβαίωση του ίδιου Υπουργείου ότι δεν απαιτείται**
7. **Απαραίτητη βεβαίωση προϋπηρεσίας σε Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων**

Η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων είναι επτά (7) ημέρες από 29/12/2023 έως 4/1/2024.

**Η ΔΗΜΑΡΧΟΣ**

**ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΘΩΜΑΪΔΟΥ**