

**ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΟΚΗΡΥΞΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ
ΠΡΑΞΗΣ ΜΕ ΚΩΔ ΟΠΣ 5045630 ΤΗΣ IASIS AMKE ΣΟΧ 10/2020**

Έχοντας υπόψη:

1. Τη με αριθμ. **3769/16.12.2019** Απόφαση Ένταξης της Πράξης με τίτλο «Ανάπτυξη Υπηρεσιών Ολοκληρωμένης Κοινωνικής Θεραπείας και υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον στην Άνω Γλυφάδα Περιφέρειας Αττικής» με κωδικό **ΟΠΣ 5045630** στον Άξονα Προτεραιότητας «Πρώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και Καταπολέμηση της Φτώχειας και Διακρίσεων – Διασφάλιση της Κοινωνικής Συνοχής» στο Ε.Π. «Αττική».
2. Την απόφαση του Γ.Γ. του Υπουργείου Υγείας με ΑΔΑ: ΨΟΨΓ465ΦΥΟ-ΙΩΑ
3. Την Πρόσκληση της Ειδικής Υπηρεσίας Διαχείρισης του Ε.Π. «ΑΤΤΙΚΗ» 2014-2020 με ΑΔΑ: 6Α2Ι7Λ7 – ΕΡ2
4. Το καταστατικό ίδρυσης της «IASIS AMKE» όπως τροποποιήθηκε και ισχύει
5. Τον Εσωτερικό κανονισμό και το Εγχειρίδιο διαδικασιών της εταιρείας
6. Το με Α.Π. **109** πρακτικό του Διοικητικού Συμβουλίου της εταιρείας για την προκήρυξη πρόσληψης προσωπικού και τη σύσταση τριμελών επιτροπών για την επιλογή του προσωπικού καθώς και την εξέταση ενστάσεων

Η **IASIS** Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία είναι Δικαιούχος της πράξης «Ανάπτυξη Υπηρεσιών Ολοκληρωμένης Κοινωνικής Θεραπείας και υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον στην Άνω Γλυφάδα Περιφέρειας Αττικής». Η πράξη συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και είναι ενταγμένη στο Ε.Π. «Αττική» με κωδικό ΟΠΣ 5045630.

Στο πλαίσιο υλοποίησης της πράξης, η IASIS Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία:

**ΚΑΛΕΙ ΤΟΥΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥΣ ΝΑ ΕΚΔΗΛΩΣΟΥΝ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΗΣ
ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΘΕΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:**

ΠΙΝΑΚΑΣ Α: ΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ					
ΚΩΔ.	Ειδικότητα	Αριθμός Θέσεων	Σχέση Εργασίας	Διάρκεια Σύμβασης	Τόπος Απασχόλησης
4	Νοσηλεύτης/τρια ΠΕ/ΤΕ ή Επισκέπτης/τρια Υγείας	1	Εξαρτημένη σχέση εργασίας, πλήρους απασχόλησης, ορισμένου χρόνου	12 μήνες με δυνατότητα ανανέωσης	11 ^{ος} Τομέας Ψυχικής Υγείας

ΦΥΣΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ

Σκοπός των Υπηρεσιών Ολοκληρωμένης Κοινωνικής Θεραπείας και υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον, είναι η ανάπτυξη εξειδικευμένων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και κατ' οίκον φροντίδας των ψυχικά πασχόντων με αποτέλεσμα τη μείωση των εισαγωγών και νοσηλειών των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, μέσω της έγκαιρης παρέμβασης και της διασφάλισης της συνέχειας στη θεραπεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ Β: ΚΥΡΙΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ		
Κωδικός Θέσης Εργασίας	ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ	ΤΡΟΠΟΣ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ
4	<ol style="list-style-type: none"> Πτυχίο της ζητούμενης ειδικότητας της ημεδαπής ή ισότιμο αναγνωρισμένο της αλλοδαπής Άδεια άσκησης επαγγέλματος Δίπλωμα Οδήγησης Αυτοκινήτου 	Φωτοαντίγραφο των ζητούμενων δικαιολογητικών Σε περίπτωση Τίτλου Σπουδών και Ειδικότητας από αλλοδαπή θα πρέπει να κατατεθεί και η αναγνώριση της ισοτιμίας από το ΔΟΑΤΑΠ

ΠΙΝΑΚΑΣ Γ: ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ (ΒΑΘΜΟΛΟΓΟΥΜΕΝΑ)		
ΚΡΙΤΗΡΙΟ	ΤΡΟΠΟΣ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ	
Master - Μεταπτυχιακό	Φωτοαντίγραφο Βεβαίωσης Μεταπτυχιακού Σε περίπτωση τίτλου μετεκπαίδευσης της αλλοδαπής θα πρέπει να κατατεθεί και η επίσημη μετάφρασή	5 βαθμοί Μεταπτυχιακή ειδίκευση σχετική με σοβαρές και χρόνιες ψυχικές διαταραχές: 10 βαθμοί
PhD	Φωτοαντίγραφο Βεβαίωσης Διδακτορικού Σε περίπτωση τίτλου διδακτορικού της αλλοδαπής θα πρέπει να κατατεθεί και η επίσημη μετάφρασή	5 βαθμοί Διδακτορική διατριβή σχετική με σοβαρές και χρόνιες ψυχικές διαταραχές: 10 βαθμοί
Εργασιακή εμπειρία στην ειδικότητα (γενική)	Ιδιωτικών Φορέων: Βεβαίωση από ασφαλιστικό φορέα και Λογαριασμό Ασφαλισμένου που να έχει εκδοθεί αρμοδίως ή παλαιότερα εκδοθείσες καρτέλες ενσήμων του ΙΚΑ. Για τους δύο τελευταίους μήνες εργασίας που δεν εμφανίζονται στα ανωτέρω προσκομίζεται βεβαίωση εργασίας/εργοδότη. Δημοσίου: Βεβαίωση φορέα απασχόλησης (να αναφέρονται επακριβώς οι ημερομηνίες έναρξης και λήξης της απασχόλησης και το αντικείμενο απασχόλησης) και Λογαριασμό Ασφαλισμένου που να έχει εκδοθεί αρμοδίως. Ελ. Επαγγελματίες: Βεβαίωση του οικείου ασφαλιστικού φορέα στην οποία να αναγράφεται η διάρκεια ασφάλισης και τουλάχιστον μία σχετική σύμβαση ή ένα τουλάχιστον δελτίο παροχής υπηρεσιών, που να καλύπτουν ενδεικτικώς τη διάρκεια και το είδος της εμπειρίας.	<u>Εθελοντισμός</u> Έως 1 έτος: 5 βαθμοί 1 έτους και άνω: 10 βαθμοί <u>Εργασία</u> 6 μήνες – 2 έτη: 10 βαθμοί 2 έτη και άνω: 15 βαθμοί
Εργασιακή εμπειρία σχετική με σοβαρές και χρόνιες ψυχικές διαταραχές	Ισχύουν τα ανωτέρω	<u>Εθελοντισμός</u> Έως 1 έτος: 5 βαθμοί 1 έτους και άνω: 10 βαθμοί <u>Εργασία</u> 6 μήνες – 2 έτη: 10 βαθμοί 2 έτη και άνω: 15 βαθμοί
Συστατικές Επιστολές	Αντίγραφο Συστατικής Επιστολής	10 βαθμοί

Διαδικασία συνέντευξης	Οι υποψήφιοι που πληρούν τα απαραίτητα προσόντα θα κληθούν σε προσωπική συνέντευξη από την τριμελή επιτροπή αξιολόγησης και επιλογής	20 βαθμοί
Μέγιστη Βαθμολογία		100 βαθμοί

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να προμηθευθούν το ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΟΚΗΡΥΞΗΣ με όλες τις απαραίτητες προϋποθέσεις και την αίτηση συμμετοχής στην ιστοσελίδα της **IASIS AMKE**: www.iasis-amke.gr. Περίληψη της παρούσας πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος θα δημοσιευθεί και σε ηλεκτρονικές σελίδες αναζήτησης εργασίας.

ΤΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΣΧΕΣΗ

Οι εργαζόμενοι θα απασχοληθούν για το Κέντρο Ημέρας της IASIS AMKE στην Άνω Γλυφάδα και θα εξυπηρετούν τον 11^ο Τομέα Ψυχικής Υγείας και η εργασιακή σχέση θα είναι: Μισθωτή Εξαρτημένη εργασία, με Σύμβαση Ορισμένου Χρόνου 12 μηνών με δικαίωμα ανανέωσης της σύμβασης.

ΛΟΙΠΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

Οι υποψήφιοι θα πρέπει να έχουν :

- Ελληνική ιθαγένεια
- Εκπληρώσει (αφορά τους άνδρες) τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν απαλλαγεί νόμιμα από αυτές, ή εφόσον έχουν αναγνωρισθεί ως αντιρρησίες συνείδησης, να έχουν εκπληρώσει, σύμφωνα με τις ειδικές διατάξεις της στρατολογικής νομοθεσίας, άοπλη θητεία ή εναλλακτική πολιτική κοινωνική υπηρεσία.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να στείλουν την Αίτηση Συμμετοχής (βρίσκεται στο τέλος της προκήρυξης) μαζί με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά στην ηλεκτρονική διεύθυνση iasisamkeglyfada@gmail.com ή ταχυδρομικώς μέσω υπηρεσίας ταχυμεταφορών (courier services) στην διεύθυνση Κριμαίας 73, 16562, Άνω Γλυφάδα Αττικής. Οι φάκελοι των αιτήσεων που στέλνονται ταχυδρομικά, γίνονται δεκτοί εφόσον η ημερομηνία παραλαβής τους από την υπηρεσία ταχυμεταφορών είναι έως την καταληκτική ημερομηνία υποβολής.

Η διαδικασία εκδήλωσης ενδιαφέροντος αρχίζει την **Τετάρτη 09/08/2023** και λήγει την **Δευτέρα 28/08/2023**. Για περισσότερες πληροφορίες, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να επικοινωνήσουν από Δευτέρα έως Παρασκευή, 10:30 - 12:30 στο τηλέφωνο: 210-9608020. Υπεύθυνη Επικοινωνίας: Αθηνά Γρηγορίου

Οι συνεντεύξεις θα γίνουν στο χώρο του Κέντρου Ημέρας στην Άνω Γλυφάδα. Για την ημερομηνία και την ώρα που θα πραγματοποιηθούν, θα ενημερωθούν οι ενδιαφερόμενοι τηλεφωνικά. Όταν κληθούν για συνέντευξη οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να καταθέσουν τα παρακάτω απαραίτητα δικαιολογητικά ανά ειδικότητα.

Τα απαραίτητα δικαιολογητικά που θα συνοδεύουν την αίτηση συμμετοχής (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ-ΕΝΤΥΠΟ 1) εκτός από τα προαναφερθέντα είναι:

1. Αστυνομική ταυτότητα
2. Πιστοποιητικό Οικογενειακής κατάστασης
3. Αντίγραφο απολυτήριου στρατού ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής (αφορά τους άρρενες υποψήφιους)
4. Βιογραφικό Σημείωμα
5. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/1986, θεωρημένη για το **γνήσιο της υπογραφής** με την οποία να δηλώνεται ότι ο υποψήφιος:

α) δεν έχει καταδικαστεί σε κακούργημα και σε οποιαδήποτε ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση (κοινή και στην υπηρεσία), απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, δωροδοκία, καταπίεση, απιστία περί την υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος, καθ' υποτροπή συκοφαντική δυσφήμιση, καθώς και για οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή έγκλημα οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής,

β) δεν είναι υπόδικος και δεν έχει παραπεμφθεί με τελεσίδικο βούλευμα για κακούργημα ή για πλημμέλημα της προηγούμενης περίπτωσης, έστω και αν το αδίκημα παραγράφηκε,

γ) δεν έχει, λόγω καταδίκης, στερηθεί τα πολιτικά του δικαιώματα και για όσο χρόνο διαρκεί η στέρηση αυτή.

Τα ανωτέρω δικαιολογητικά θα κατατεθούν σε ευκρινή φωτοαντίγραφα των πρωτοτύπων εγγράφων ή των ακριβών αντιγράφων τους νομίμως επικυρωμένα (ν.4250/2014).

ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Προκειμένου να επιλεγεί το κατάλληλο προσωπικό για την στελέχωση της πράξης «Ανάπτυξη Υπηρεσιών Ολοκληρωμένης Κοινωνικής Θεραπείας και υπηρεσιών νοσηλείας κατ' οίκον στην Άνω Γλυφάδα Περιφέρειας Αττικής» θεωρείται απαραίτητο να ακολουθηθεί μία ορισμένη μεθοδολογία επιλογής προσωπικού.

Η διαδικασία αυτή κρίνεται απαραίτητη, εφ' όσον η φύση της συγκεκριμένης θέσης εργασίας απαιτεί εκτός των τυπικών προσόντων όπως η ακαδημαϊκή κατάρτιση, επιστημονική ειδίκευση ή / και συναφή επαγγελματική προϋπηρεσία, ακριβώς επειδή έχει να κάνει με τον ευαίσθητο τομέα της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

ΣΥΝΘΕΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Η επιστημονική ομάδα για την επιλογή προσωπικού ανάμεσα από τους υποψήφιους που αναμένεται να εκδηλώσουν ενδιαφέρον, ορίστηκε με απόφαση του Δ.Σ του φορέα και αποτελείται από τριμελή επιτροπή στην οποία συμμετέχουν:

- Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος του Κέντρου Ημέρας
- Ο πρόεδρος του Δ.Σ με εμπειρία στην επιλογή προσωπικού
- Ένα μέλος του Δ.Σ

Ρόλος της επιστημονικής ομάδας είναι:

- Να ελέγχει τη διαδικασία επιλογής
- Να διεξάγει τις συνεντεύξεις για την επιλογή προσωπικού
- Να ελέγξει και να επικυρώσει τα τελικά αποτελέσματα της επιλογής συμπληρώνοντας το σχετικό πρακτικό επιλογής
- Να ενημερώσει τους υποψηφίους για το περιεχόμενο του κάθε σταδίου αξιολόγησης και να δώσει τις δέουσες εξηγήσεις
- Να ελέγξει και να επικυρώσει την τελική αξιολόγηση των υποψηφίων

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ανάρτηση των αποτελεσμάτων της Προκήρυξης (Πίνακες Μοριοδότησης) θα γίνει στην ιστοσελίδα της **IASIS AMKE**: www.iasis-amke.gr. Σε περίπτωση που οι πρώτοι ανά ειδικότητα σε σειρά κατάταξης δεν αποδεχθούν τη θέση, θα κληθούν οι επόμενοι επιλαχόντες από τον πίνακα κατάταξης μέχρι να γίνει η πλήρωση της θέσης. Σε περίπτωση αδυναμίας και αυτών θα βγει νέα πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος.

ΕΝΣΤΑΣΕΙΣ

Κάθε υποψήφιος έχει το δικαίωμα να υποβάλλει ένσταση κατά των αποτελεσμάτων εντός τριών (3) εργάσιμων ημερών από την ανακοίνωσή τους. Συμπληρώνει το έντυπο ΕΝΣΤΑΣΗ (βρίσκεται στο τέλος της προκήρυξης) και το αποστέλλει στην ηλεκτρονική διεύθυνση iasisamkeglyfada@gmail.com. Εκπρόθεσμες ενστάσεις δεν θα ληφθούν υπόψη. Αρμόδια για την εξέταση των ενστάσεων είναι η τριμελής επιτροπή που έχει συσταθεί με απόφαση του Δ.Σ της IASIS AMKE. Η τριμελής επιτροπή αποτελείται από ένα μέλος του Δ.Σ και δυο μέλη της πολυκλαδικής ομάδας του Κέντρου Ημέρας. Τα αποτελέσματα τυχών ενστάσεων θα αναρτηθούν στην ιστοσελίδα της **IASIS AMKE**: www.iasis-amke.gr .

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Στο Παράρτημα που ακολουθεί περιλαμβάνονται:

ΕΝΤΥΠΟ 1 - Αίτηση Συμμετοχής στην προκήρυξη για την πρόσληψη προσωπικού στα πλαίσια της πράξης με κωδ. ΟΠΣ 5045630 της IASIS AMKE

ΕΝΤΥΠΟ 2 - Ένσταση Αποτελεσμάτων της προκήρυξης για την πρόσληψη προσωπικού στα πλαίσια της πράξης με κωδ. ΟΠΣ 5045630 της IASIS AMKE.

(ΕΝΤΥΠΟ 1)

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

ΣΤΗΝ ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΑΞΗΣ ΜΕ ΚΩΔ.ΟΠΣ ΟΠΣ 5045630 ΤΗΣ ΙΑΣΙΣ ΑΜΚΕ ΣΟΧ 10/2020

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΑΞΗΣ ΜΕ ΚΩΔ.ΟΠΣ ΟΠΣ 5045630 ΤΗΣ ΙΑΣΙΣ ΑΜΚΕ	Ημ/νία Παραλαβής: Αρ. Πρωτοκόλλου: [συμπληρώνεται από το φορέα πρόσληψης]
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΘΕΣΗ:		ΚΩΔΙΚΟΣ ΘΕΣΗΣ:	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ			
ΕΠΩΝΥΜΟ:		ΟΝΟΜΑ:	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:		ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:	
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:		ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	
ΑΔΤ:		ΑΜΚΑ:	
ΟΔΟΣ:	ΑΡΙΘΜΟΣ:	ΤΚ:	ΠΟΛΗ:
ΣΤΑΘ. ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	ΚΙΝ. ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	EMAIL:	

Ο Αιτών/ούσα

(Υπογραφή)

(ΕΝΤΥΠΟ 2)

ΕΝΣΤΑΣΗ ΣΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΡΟΚΗΡΥΞΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΑΞΗΣ ΜΕ ΚΩΔ.ΟΠΣ ΟΠΣ 5045630 ΤΗΣ ΙΑΣΙΣ ΑΜΚΕ ΣΟΧ 10/2020	Ημ/νία Παραλαβής: Αρ. Πρωτοκόλλου: [συμπληρώνεται από το φορέα πρόσληψης]
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΘΕΣΗ:		ΚΩΔΙΚΟΣ ΘΕΣΗΣ:	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ			
ΕΠΩΝΥΜΟ:		ΟΝΟΜΑ:	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:		ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:	
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:		ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	
ΑΔΤ:		ΑΜΚΑ:	
ΟΔΟΣ:	ΑΡΙΘΜΟΣ:	ΤΚ:	ΠΟΛΗ:
ΣΤΑΘ. ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	ΚΙΝ. ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	EMAIL:	

ΕΝΙΣΤΑΜΑΙ

Ο/Η υποβάλλων/ουσα ένσταση

(Υπογραφή)