



ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
2<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
«ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ»

ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤ.: 8032

Βούλα, 11-03-2026

Ταχ. Διευθ.: Βασ. Παύλου 1  
Ταχ. Κωδ.: 16673 - Βούλα

Διεύθυνση Διοικητικής – Οικονομικής Υπηρεσίας  
Υποδιεύθυνση Διοικητικού  
Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού  
Πληροφορίες: Καραγεώργη Μαρία  
Τηλ.: 213-216.3021  
e-mail: [proswpiko4@asklepieio.gr](mailto:proswpiko4@asklepieio.gr)

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ Γ.Ν. «ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ»**

Έχοντας υπόψη:

1. Το ν.3329/2005 (ΦΕΚ.81/τ.Α') «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
2. Τις διατάξεις της παρ.1 του άρθρου 41 του ν.4058/2012 (ΦΕΚ.63/τ.Α') όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.
3. Το υπ' αρ. 29296/30.12.2025 έγγραφο του Διευθυντή του Νευροχειρουργικού Τμήματος του Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας».
4. Το απόσπασμα πρακτικών της 1<sup>ης</sup>/2.2.2026 Συνεδρίασης του Δ.Σ. του Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας», θέμα 1<sup>ο</sup>.
5. Το υπ' αρ. 4420/10.2.2026 έγγραφο του Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας» προς τη 2<sup>η</sup> ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου, με θέμα «Αίτηση για πρόσληψη ενός (1) ιατρού ειδικότητας Νευροχειρουργικής με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών», στο οποίο βρίσκεται συνημμένο και το υπ' αρ. 4242/9.2.2026 έγγραφο του Τμήματος Οικονομικού με θέμα «Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης»
6. Το υπ' αρ. Γ4β/8945/9.3.2026 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας με θέμα «Έγκριση συνεργασίας του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ 'ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ' ΒΟΥΛΑΣ με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών»
7. Τον Οργανισμό του Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας (ΦΕΚ.1432/τ.Β'/30.4.2012), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
8. Τις υπηρεσιακές ανάγκες για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

**Το Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας** για την κάλυψη αναγκών σε ιατρικό προσωπικό, ενδιαφέρεται να συνεργαστεί με έναν/μία (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Νευροχειρουργικής με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών.

Ο/Η Ιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του/της με πλήρη συμμετοχή στις δραστηριότητες του τμήματος και ενεργό συμμετοχή στις εφημερίες, για ένα (1) έτος .

### Περιγραφή θέσης – αμοιβή

Ο/Η Ιατρός σύμφωνα με το απόσπασμα πρακτικών της 1<sup>ης</sup>/2.2.2026 Συνεδρίασης του Δ.Σ. του Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας», θέμα 1<sup>ο</sup>:

1. Θα παρέχει τις υπηρεσίες του/της στο Νευροχειρουργικό Τμήμα του Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας», για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους.
2. Θα έχει πλήρη συμμετοχή στις δραστηριότητες του τμήματος.
3. Θα έχει το τακτικό ωράριο των νοσοκομειακών Ιατρών, δηλαδή επτάωρο συνεχές από 08:00 έως 15:00, για πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα.
4. Θα έχει ενεργό συμμετοχή στις εφημερίες του τμήματος.
5. Θα αμείβεται με βάση τις αποδοχές ειδικευμένου επικουρικού/ής Ιατρού (ήτοι με τις αποδοχές Ιατρού ΕΣΥ με βαθμό Επιμελητή/τριας Β'), σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 41 του ν.4058/12, λαμβάνοντας υπόψη ότι οι αναφερόμενες ανάγκες θα καλυφθούν κατόπιν συνεργασίας με Ιατρό με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, καθόσον δεν υπήρχε η δυνατότητα να καλυφθούν διαφορετικά.

### Οι υποψήφιοι/ες πρέπει:

1. Να έχουν την Ελληνική Ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από κράτη μέλη της Ε.Ε..
2. Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης.
3. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την ιδιότητα των Δημοσίων Υπαλλήλων.
4. Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.
5. Εφόσον επιλεγθούν να προσκομίσουν την αντίστοιχη βεβαίωση έναρξης από τη φορολογική αρχή.
6. Να έχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.
7. Να κατέχουν άδεια άσκησης Ιατρικού επαγγέλματος.
8. Να κατέχουν τίτλο της Ιατρικής ειδικότητας της Νευροχειρουργικής.

### Δικαιολογητικά

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται και θα κατατεθούν με την αίτηση υποψηφιότητας είναι τα εξής:

1. Αίτηση (Παράρτημα Ι).
2. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την ιδιότητα των Δημοσίων Υπαλλήλων.
3. Αντίγραφο αστυνομικού δελτίου ταυτότητας.
4. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
5. Αντίγραφο πτυχίου.  
Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται το πτυχίο με τη σφραγίδα της Χάγης, η επίσημη μετάφρασή του και η απόφαση ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ.  
Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα από τις αρμόδιες προς τούτο αρχές της ημεδαπής. 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. Σε κάθε περίπτωση και σύμφωνα με τα οριζόμενα στις με αριθμ. ΔΙΣΚΠΟ/Φ.15/οικ.8342/1.4.2014 (ΑΔΑ:ΒΙΗ0Χ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/ΦΑ.2.3/21119/1.9.2014 (ΑΔΑ:ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίου του Υπουργείου Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή φωτοαντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση ότι τα έγγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί πρωτίστως από δικηγόρο.
6. Αντίγραφο απόφασης άδειας ασκήσεως Ιατρικού επαγγέλματος.
7. Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας Νευροχειρουργικής.
8. Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του Ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.

9. Βεβαίωση εκπλήρωσης στρατιωτικών υποχρεώσεων ή απαλλαγής
10. Πιστοποιητικά υγείας από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο.
11. Φορολογική Ενημερότητα.
12. Ασφαλιστική Ενημερότητα.
13. Σύντομο βιογραφικό σημείωμα

Η Αίτηση – Δήλωση και όλα τα δικαιολογητικά υποβάλλονται στη Γραμματεία του Γενικού Νοσοκομείου “ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ”, προς τη Διοίκηση του Νοσοκομείου, μέσα σε προθεσμία ΔΕΚΑ (10) ημερών, ήτοι από **Πέμπτη 12.3.2026 έως και Σάββατο 21.3.2026**. **Λαμβάνοντας υπόψη ότι το Σάββατο 21.3.2026 είναι εξαιρεσιμη ημέρα, η καταληκτική ημερομηνία για την υποβολή δικαιολογητικών είναι η Δευτέρα 23.3.2026.**

Αιτήσεις - δηλώσεις μαζί με τα δικαιολογητικά, μπορούν να υποβάλλονται και ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή ή με εταιρεία ταχυμεταφοράς, μέσα στην ορισθείσα προθεσμία, στη Γραμματεία του Νοσοκομείου στη διεύθυνση «**Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας», Βασ. Παύλου 1, ΤΚ 16673, Βούλα**». Για τις αιτήσεις αυτές η ημερομηνία υποβολής προκύπτει είτε από τη σφραγίδα του ταχυδρομείου, είτε από το αποδεικτικό παράδοσης στην εταιρεία ταχυμεταφοράς.

Αιτήσεις - δηλώσεις που υποβάλλονται μετά τη λήξη της προθεσμίας, δεν γίνονται δεκτές.

Η «ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ» αναρτάται στον ιστότοπο ΔΙΑΥΓΕΙΑ σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.3861/2010 (ΦΕΚ.112/τ.Α') όπως ισχύει και κοινοποιείται στο Υπουργείο Υγείας, στη 2<sup>η</sup> Δ.Υ.ΠΕ. Πειραιώς & Αιγαίου, στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στους Ιατρικούς Συλλόγους Αθηνών και Πειραιά.

**Η τελική επιλογή θα γίνει από την Διοίκηση του Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας».**

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ  
Γ.Ν. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ  
ΑΙΜΙΛΙΟΣ ΒΟΥΓΙΟΥΚΛΑΚΗΣ**

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**

1. Υπουργείο Υγείας- [dpnp\\_a@moh.gov.gr](mailto:dpnp_a@moh.gov.gr)
2. 2<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. Πειραιώς & Αιγαίου- [daad@2dype.gov.gr](mailto:daad@2dype.gov.gr)
3. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο – [pisinfo@pis.gr](mailto:pisinfo@pis.gr)
4. Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών – [isathens@isathens.gr](mailto:isathens@isathens.gr)
5. Ιατρικό Σύλλογο Πειραιά – [info@ispeiraias.gr](mailto:info@ispeiraias.gr)
6. Ελληνική Νευροχειρουργική Εταιρεία – [hnss@otenet.gr](mailto:hnss@otenet.gr) και [hnss1966@gmail.com](mailto:hnss1966@gmail.com)

**ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ**

- 1) Γραφείο Διοικητή
- 2) Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας
- 3) Επιστημονικό Συμβούλιο
- 4) Διευθυντή Νευροχειρουργικού Τμήματος
- 5) Διευθύντρια Διοικητικής – Οικονομικής Υπηρεσίας
- 6) Τμήμα Οικονομικού
- 7) Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού



**ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ  
Ο  
ΥΠΟΚΛΗΤΙΚΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ  
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ**

**ΘΕΟΔΩΡΑ ΑΝΔΡΕΟΠΟΥΛΟΥ  
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ  
ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ**

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

### ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΣΗ:  
.....

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα πατρός:

Αριθμός τηλεφώνου:

E-mail:

Ημερομηνία γέννησης:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Α) αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθμ. ....πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για υποβολή πρότασης.

Β) διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα.

Γ) για την ανάληψη του έργου και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αμοιβής δεν συντρέχει κανένα κώλυμα στο πρόσωπό μου και σε αντίθετη περίπτωση, θα φροντίσω για την άρση κάθε κωλύματος για το σκοπό αυτό, εφόσον η παρούσα πρότασή μου γίνει δεκτή.

Ημερομηνία:

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή:

Συνημμένα Δικαιολογητικά:

(α) .....

(β) .....

...

...

(...) .....

