Ministry of Digital Governance
Digitally signed by Ministry of Digital Governance
Date: 2026.11.02 12:39:48 EET
Reason:
Location: Athens

ΑΔΑ: ΨΙΖΩΩΞΩ-ΨΛΕ
@ΣΗΔΕ ΙΡΙΔΑ
6ae82b3e283ba4e8b1b69b7d
ΑΠ:45811
Υπογραφή: 02/11/26 10:58
Διανομή: 02/11/26 11:01

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΕΒΡΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ

Αλεξανδρούπολη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ ΣΜΕ 1/2026

για την σύναψη σύμβασης μίσθωσης έργου

Ο ΔΗΜΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ

Α ν α κ ο ι ν ώ ν ε ι

Α. Την πρόσληψη ενός **(1) Ιατρού ειδικότητας Παθολόγου ή ειδικότητας Γενικής Ιατρικής** με σύμβαση μίσθωσης έργου για την κάλυψη αναγκών του Δήμου και ειδικότερα της Διεύθυνσης Κοινωνικής Προστασίας - Αλληλεγγύης για την εξυπηρέτηση των μελών των ΚΑΠΗ του Δήμου Αλεξανδρούπολης: α) Αλεξανδρούπολης, β) Φερών και γ) Πέπλου.
Η συγκεκριμένη σύμβαση εργασίας είναι γνήσια σύμβαση έργου και δεν υποκρύπτει εξαρτημένη εργασία.
Ο τόπος εκτέλεσης του έργου θα είναι το ΚΑΠΗ Αλεξανδρούπολης και το ΚΑΠΗ Φερών και οι προσφερόμενες υπηρεσίες του ιατρού είναι: συνταγογραφήσεις φαρμάκων, ιατρικές εξετάσεις, εμβολιασμοί, έλεγχος αρτηριακής πίεσης, σακχάρου, χοληστερίνης, συμβουλευτική ιατρική.

ΚΛΑΔΟΣ/ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	**ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ**	**ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ**	**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ**
ΠΕ Ιατρών / Παθολογίας ή Γενικής Ιατρικής	1	Από την υπογραφή της σύμβασης και για ένα (1) έτος.	α) Πτυχίο ή δίπλωμα Ιατρικής Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ακαδημαϊκά ισοδύναμος ή ισότιμος τίτλος αντίστοιχης ειδικότητας σχολών της αλλοδαπής. β) Η απαιτούμενη άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος ή βεβαίωση ότι πληροί όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος από την αρμόδια διοικητική αρχή. γ) Άδεια χρησιμοποίησης τίτλου ιατρικής ειδικότητας ή τίτλος ιατρικής ειδικότητας (η ειδικότητα ορίζεται από τον φορέα). δ) Η απαιτούμενη βεβαίωση ιδιότητας μέλους του οικείου Ιατρικού Συλλόγου ε) Εκπλήρωση της υποχρεωτικής άσκησης υπηρεσίας υπαίθρου, αποδεικνυόμενη με βεβαίωση του Υπουργείου Υγείας ή βεβαίωση του ίδιου Υπουργείου ότι δεν απαιτείται και στ) Γνώση Πληροφορικής ή Χειρισμού Η/Υ στα αντικείμενα: (i) επεξεργασίας κειμένων, (ii) υπολογιστικών φύλλων, (iii) υπηρεσιών διαδικτύου.

Β. Την πρόσληψη τριών **(3) Ιατρών ειδικότητας Παιδιάτρου** με σύμβαση μίσθωσης έργου για την κάλυψη αναγκών του Δήμου και ειδικότερα της Διεύθυνσης Παιδικής Φροντίδας για την παρακολούθηση της υγείας των παιδιών κατά την παραμονή τους στους βρεφονηπιακούς σταθμούς του Δήμου Αλεξανδρούπολης.
Η συγκεκριμένη σύμβαση εργασίας είναι γνήσια σύμβαση έργου και δεν υποκρύπτει εξαρτημένη εργασία.
Τα καθήκοντα του Ιατρού Παιδιάτρου για τα βρέφη και νήπια που φιλοξενούνται στους Βρεφονηπιακούς Σταθμούς του Δήμου Αλεξανδρούπολης είναι:

- Ιατρική παρακολούθηση της υγείας, σωματικής ανάπτυξης και αξιολόγηση της ψυχικής υγείας των νηπίων των Δημοτικών Βρεφονηπιακών Σταθμών του Δήμου Αλεξανδρούπολης δύο (2) φορές το μήνα (τα βρέφη και νήπια θα πρέπει να εξετάζονται απαραίτητα δύο (2) φορές το μήνα από τον Παιδίατρο), τήρηση στο κάθε τμήμα ατομικού φακέλου υγείας κάθε παιδιού και καταγραφή σε αυτόν όλων των απαραίτητων ιατρικών δεδομένων και παρατηρήσεων.
- Εξέταση έκτακτων περιστατικών (ατυχήματα - ασθένειες).
- Υπόδειξη μέτρων για την υγιεινή των παιδιών και την υγειονομική κατάσταση των Βρεφονηπιακών Σταθμών.
- Υπόδειξη μέτρων προφύλαξης από λοιμώδη νοσήματα και επιδημίες.
- Ενημερωτικές συγκεντρώσεις με τους γονείς των νηπίων σχετικά με θέματα υγιεινής των παιδιών, ανάπτυξη δραστηριοτήτων αγωγής υγείας και τα παιδιά.
- Υπεύθυνος για το φαρμακείο των Βρεφονηπιακών Σταθμών.
- Συνεργασία για το ημερήσιο διαιτολόγιο των Βρεφονηπιακών Σταθμών με τη Διεύθυνση των Βρεφονηπιακών Σταθμών.
- Τόπος εκτέλεσης του έργου θα είναι όλοι οι Βρεφονηπιακοί Σταθμοί του Δήμου Αλεξανδρούπολης.

ΚΛΑΔΟΣ/ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	**ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ**	**ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ**	**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ**
ΠΕ Ιατρών / Παιδιατρικής	3	Από την υπογραφή της σύμβασης και για ένα (1) έτος.	α) Πτυχίο ή δίπλωμα Ιατρικής Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ακαδημαϊκά ισοδύναμος ή ισότιμος τίτλος αντίστοιχης ειδικότητας σχολών της αλλοδαπής. β) Η απαιτούμενη άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος ή βεβαίωση ότι πληροί όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος από την αρμόδια διοικητική αρχή. γ) Άδεια χρησιμοποίησης τίτλου ιατρικής ειδικότητας ή τίτλος ιατρικής ειδικότητας (η ειδικότητα ορίζεται από τον φορέα). δ) Η απαιτούμενη βεβαίωση ιδιότητας μέλους του οικείου Ιατρικού Συλλόγου ε) Εκπλήρωση της υποχρεωτικής άσκησης υπηρεσίας υπαίθρου, αποδεικνυόμενη με βεβαίωση του Υπουργείου Υγείας ή βεβαίωση του ίδιου Υπουργείου ότι δεν απαιτείται και στ) Γνώση Πληροφορικής ή Χειρισμού Η/Υ στα αντικείμενα: (i) επεξεργασίας κειμένων, (ii) υπολογιστικών φύλλων, (iii) υπηρεσιών διαδικτύου.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ)

1. Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση
2. Σύντομο βιογραφικό σημείωμα.
3. Φωτοαντίγραφο των δύο όψεων της αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου
4. Πιστοποιητικό Ελληνομάθειας (μόνο για υποψήφιο χωρίς ελληνική ιθαγένεια)
5. Οι υποψήφιοι για την απόδειξη των **ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΟΝΤΩΝ** οφείλουν να υποβάλλουν όλα τα απαιτούμενα έγγραφα.
6. Βεβαίωση ασφαλιστικού φορέα, υπεύθυνη δήλωση εμπειρίας για την απόδειξη εμπειρίας.

ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

1. Οι υποψήφιοι/ες **όλων των κλάδο/ειδικοτήτων** πρέπει να είναι ηλικίας από **18 έως: α) 67** ετών και **β) κατ' εξαίρεση**, **έως 70 ετών**, όσοι έχουν συμπληρώσει το εξηκοστό έβδομο (67ο) έτος της ηλικίας και δεν έχουν συνταξιοδοτηθεί από το δημόσιο ταμείο ή άλλον ασφαλιστικό φορέα.
2. Οι υποψήφιοι να έχουν την υγεία και την φυσική καταλληλότητα που τους επιτρέπει την εκτέλεση καθηκόντων της ειδικότητας που επιλέγουν.

3. Οι άδειες άσκησης επαγγέλματος ή άλλες επαγγελματικές άδειες ή βεβαιώσεις ή πιστοποιητικά πρέπει να είναι σε ισχύ τόσο κατά τον χρόνο υποβολής της αίτησης συμμετοχής και της λήξης προθεσμίας υποβολής αυτής, όσο και κατά τον χρόνο σύναψης της σύμβασης.
4. Εκπλήρωση των στρατιωτικών υποχρεώσεων (για τους άντρες).
5. Έλλειψη ποινικής καταδίκης ή δικαστικής αντιλήψεως ή απαγορεύσεως.

Κατά την επιλογή θα συνεκτιμηθούν τα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα, τα οποία κατά την κοινή πείρα μαρτυρούν καταλληλότητα των επιλεγόμενων για το συγκεκριμένο έργο καθώς επίσης και προηγούμενη εμπειρία.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να συμπληρώσουν την αίτηση και να την υποβάλουν, μαζί με τα απαιτούμενα από την παρούσα Ανακοίνωση δικαιολογητικά, **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: **Δήμος Αλεξανδρούπολη, Λ. Δημοκρατίας 306, Τ.Κ. 681 32 Αλεξανδρούπολη, (τηλ. επικοινωνίας: 2551064298, 2551064163).**

Στην περίπτωση αποστολής των αιτήσεων ταχυδρομικώς τ**ο εμπρόθεσμο** των αιτήσεων κρίνεται **με βάση την ημερομηνία που φέρει ο φάκελος αποστολής,** ο οποίος μετά την αποσφράγισή του επισυνάπτεται στην αίτηση των υποψηφίων.

Η αίτηση συμμετοχής επέχει θέση υπεύθυνης δήλωσης και η ευθύνη της ορθής συμπλήρωσης της είναι αποκλειστικά του υποψηφίου.

Η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων είναι δέκα (10) ημέρες (υπολογιζομένων ημερολογιακά) και αρχίζει από την επόμενη ημέρα της τελευταίας δημοσίευσης της παρούσας σε τοπική εφημερίδα ή της ανάρτησής της στο χώρο ανακοινώσεων του δημοτικού καταστήματος του Δήμου Αλεξανδρούπολης, καθώς και στο δικτυακό του τόπο (www.alexpolis.gr), εφόσον η ανάρτηση είναι τυχόν μεταγενέστερη της δημοσίευσης στην εφημερίδα. Η ανωτέρω προθεσμία λήγει με την παρέλευση ολόκληρης της τελευταίας ημέρας και εάν αυτή είναι, κατά νόμο, εξαιρετέα (δημόσια αργία ή μη εργάσιμη), τότε η λήξη της προθεσμίας μετατίθεται την επόμενη εργάσιμη ημέρα.

Οι υποψήφιοι **μπορούν να αναζητήσουν τα έντυπα** των αιτήσεων: **α)** Στην υπηρεσία μας στην ανωτέρω διεύθυνση ή στο δικτυακό τόπο του Δήμου Αλεξανδρούπολης (www.alexpolis.gr).

Ο ΔΗΜΑΡΧΟΣ

ΖΑΜΠΟΥΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ