

Αρ. Πρωτ: 046/2023

Θεσσαλονίκη, 17/03/2023

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Η Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών, στο πλαίσιο της πράξης με τίτλο: «Οικοτροφείο για πάσχοντες από άνοια τελικού σταδίου στο Νομό Θεσσαλονίκης» στον Άξονα Προτεραιότητας «Πρόωθηση της κοινωνικής ένταξης και καταπολέμηση της φτώχειας - ΕΚΤ» του Ε.Π. «Κεντρική Μακεδονία», προτίθεται να αναθέσει πέντε (5) θέσεις εργασίας σε επαγγελματίες, οι οποίοι θα επιλεγούν μέσα από νόμιμες διαδικασίες (όπως περιγράφονται στις σχετικές παραγράφους). Μετά τη λήξη της περιόδου χρηματοδότησης από τα συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα (31/12/2023), οι δαπάνες θα καλύπτονται κατ' έτος από τις πιστώσεις του κρατικού προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας.

Συνολικά, ζητούνται πέντε (5) Νοσηλευτές/τριες, πλήρους απασχόλησης

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΟΥ

Η λειτουργία του Οικοτροφείου παρέχει ολοκληρωμένη και εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα σε 25 άτομα με άνοια τελικού σταδίου (άντρες και γυναίκες). Το Οικοτροφείο δίνει ιδιαίτερη σημασία στο σχεδιασμό φροντίδας για το τελικό στάδιο της ζωής των ασθενών και θα αναγνωρίζει τις βασικές αρχές των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων για το τελικό στάδιο της ζωής τους. Κατά τη λειτουργία του Οικοτροφείου τηρείται αρχείο ιστορικού των ασθενών και ενημερώνεται η πλατφόρμα σχετικά με όλα τα απαραίτητα δεδομένα. Το Οικοτροφείο στεγάζεται επί της οδού Νικολάου Πλαστήρα, αρ. 65, Θεσσαλονίκη.

Η μονάδα παρέχει:

- Απασχόληση των ατόμων με άνοια τελικού σταδίου ανάλογα με τις δυνατότητές τους, πχ μουσική κ.α.
- Φυσική αποκατάσταση (φυσικοθεραπεία)
- 24ωρη φροντίδα
- Ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη
- Υπηρεσίες για περιθάλποντες
- Υποστήριξη και ενημέρωση των περιθάλπόντων για τα δικαιώματα και τις κοινωνικές παροχές στην άνοια καθώς και τη διεκπεραίωση των σχετικών διαδικασιών εφόσον χρειαστεί.

Νοσηλευτής/τρια

Ελάχιστα Απαιτούμενα Προσόντα:

- α) Πτυχίο ΑΕΙ ή δίπλωμα Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. ή το ομώνυμο πτυχίο ή δίπλωμα .της ημεδαπής ή ισότιμος τίτλος σχολών της ημεδαπής ή αλλοδαπής, αντίστοιχης ειδικότητας.
- β) Άδεια άσκησης επαγγέλματος νοσηλευτή
- γ) Ταυτότητα μέλους της Ένωσης Νοσηλευτών/τριών Ελλάδος (Ε.Ν.Ε.), η οποία να είναι σε ισχύ ή Βεβαίωση Ανανέωσης Εγγραφής στην Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος (Ε.Ν.Ε.) του τρέχοντος έτους ή Βεβαίωση εγγραφής στην Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας (Ε.Ν.Ε.), για όσους εγγράφονται για πρώτη φορά.
- δ) Για τους άνδρες υποψήφιους: εκπληρωμένες στρατιωτικές υποχρεώσεις ή νόμιμη απαλλαγή από αυτές.
- δ) Πλήρως εμβολιασμένοι κατά της νόσου Covid-19 και με την αναμνηστική δόση για όσους έχει παρέλθει το 9μηνο από τις πρώτες 2 δόσεις (ή το μονοδοσικό εμβόλιο). Εναλλακτικά, προσκόμιση 2 rapid tests την εβδομάδα.

Επιθυμητά προσόντα

- α) Προηγούμενη εμπειρία τουλάχιστον 6 μηνών σε εξωνοσοκομειακές Μονάδες Ψυχικής Υγείας ή Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, ή σε συναφείς κοινοτικές (μη-ιδρυματικές) Μονάδες του ευρύτερου δημόσιου τομέα και του εξωτερικού
- β) Εμπειρία τουλάχιστον ενός (1) έτους με άτομα με άνοια ή άτομα της τρίτης ηλικίας γενικότερα.
- γ) Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Σπουδών ή Διδακτορικό. Σε περίπτωση πτυχίου της αλλοδαπής θα πρέπει να υπάρχει επίσημη αναγνώριση από ΔΟΑΤΑΠ
- δ) Καλή γνώση αγγλικής γλώσσας, όπως περιγράφεται στην ιστοσελίδα https://www.asep.gr/guide/2K_2020/englishproof.html
- ε) Γνώση Χειρισμού Η/Υ στα αντικείμενα: i) επεξεργασίας κειμένων, ii) υπολογιστικών φύλλων και iii) υπηρεσιών διαδικτύου, όπως περιγράφεται στην ιστοσελίδα https://www.asep.gr/guide/2E_2020/computerknowledge.html

Βαθμολογούμενα κριτήρια:

| ΚΡΙΤΗΡΙΟ | ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ | ΣΧΟΛΙΑ |
|--|--------------------|---|
| Επαγγελματική εμπειρία τουλάχιστον 6 μηνών σε εξωνοσοκομειακές Μονάδες Ψυχικής Υγείας κλπ | 80 | |
| Επαγγελματική εμπειρία τουλάχιστον ενός (1) έτους με άτομα με άνοια ή άτομα της τρίτης ηλικίας γενικότερα. | 10/Εξάμηνο | 10 μονάδες ανά εξάμηνο εμπειρίας με ανώτατη βαθμολογία του κριτηρίου το 20 (δηλ. το ένα έτος) |
| Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Σπουδών ή Διδακτορικό | 20/επίπεδο σπουδών | Σε περίπτωση κατοχής 2 τίτλων της ίδιας βαθμίδας, βαθμολογείται ο ένας τίτλος |
| Καλή γνώση αγγλικής γλώσσας | 5 | |
| Γνώση Χειρισμού Η/Υ | 5 | |
| Συνέντευξη | 80 | |

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Υποβολή Πρότασης – Δήλωσης (επισυνάπτεται)
2. Αναλυτικός πίνακας στοιχείων απόδειξης εμπειρίας (επισυνάπτεται)
3. Αντίγραφο βασικού Τίτλου Σπουδών
4. Άδειες ασκήσεως επαγγελματών
5. Αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα
6. Αντίγραφα λοιπών τίτλων σπουδών, πιστοποιήσεων και βεβαιώσεων προϋπηρεσίας, καθώς και κάθε άλλο στοιχείο που θα τεκμηριώνει τα στοιχεία που θα αναφέρονται στο βιογραφικό.
7. Αντίγραφα καλής γνώσης αγγλικών (εφόσον υπάρχουν)
8. Αντίγραφο πιστοποίησης χρήσης Η/Υ (εφόσον υπάρχει)
9. Αποδεικτικά προϋπηρεσίας όπως αναφέρονται στην ιστοσελίδα:
https://www.asep.gr/guide/1E_2020/experienceproof.html

Η υποβολή των προτάσεων και λοιπών δικαιολογητικών από τους ενδιαφερόμενους θα γίνεται είτε με email στην ηλεκτρονική διεύθυνση – ekarathanasi@alzheimer-hellas.gr , είτε με φυσική παρουσία, είτε ταχυδρομικά στη διεύθυνση: Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών, «Οικοτροφείο Παναγία η Γλυκοφιλούσα» Ν. Πλαστήρα 65, Χαριλάου, Θεσσαλονίκη 542 50, ώρες 9:00-14:00 από τις 15/3/2023 έως και τις 15/03/2023 και θα λαμβάνουν αριθμό πρωτοκόλλου από τη Γραμματεία του φορέα. Δε θα γίνονται δεκτές αιτήσεις που θα παραληφθούν ταχυδρομικώς μετά την 15^η Απριλίου 2023.

Για **πληροφορίες** σχετικά με το αντικείμενο του έργου και τη διαδικασία υποβολής πρότασης, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται τηλεφωνικά στο 2310-316143 εσωτ 3101 (κα Ελίνα Καραθανάση).

Η αξιολόγηση των υποβαλλόμενων προτάσεων θα πραγματοποιηθεί από τριμελή επιτροπή αξιολόγησης, που έχει ορίσει το Διοικητικό Συμβούλιο της Alzheimer Hellas. Μετά από κατάταξη των αιτήσεων με βάση τα προσόντα των υποψηφίων, θα κληθούν για συνέντευξη από την Επιτροπή Αξιολόγησης Προσωπικού οι πρώτοι σε κάθε ειδικότητα. Σε περίπτωση που μετά από την πρώτη διαδικασία συνέντευξης δε βρεθεί κατάλληλος υποψήφιος, η Επιτροπή μπορεί να καλέσει σε συνέντευξη τους επόμενους της κατάταξης. Ο Υποψήφιος που επιθυμεί να υποβάλει ένσταση σχετικά με το αποτέλεσμα (απόφαση αποδοχής αποτελεσμάτων) δικαιούται να προσφύγει (είτε με φυσική παρουσία είτε ταχυδρομικά) στην Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών, «Οικοτροφείο Παναγία η Γλυκοφιλούσα» Ν. Πλαστήρα 65, Χαριλάου, Θεσσαλονίκη 54250, ώρες 9:00-14:00 εντός τριών (3) εργάσιμων ημερών από την επομένη της ανάρτησης της απόφασης αποδοχής αποτελεσμάτων στην ιστοσελίδα της Alzheimer Hellas. Ο υποψήφιος έχει υποχρέωση να ενημερώνεται για την ανάρτηση των αποτελεσμάτων από την ιστοσελίδα της Alzheimer Hellas <http://www.alzheimer-hellas.gr>.

ΛΟΙΠΟΙ ΟΡΟΙ

1. Από τις προτάσεις που υποβάλλονται **εμπρόθεσμα** και παραδεκτά κατά τα ανωτέρω, επιλέγεται εκείνη που κρίνεται πιο κατάλληλη.
2. Εμπρόθεσμες θεωρούνται οι προτάσεις/ενστάσεις που θα παραληφθούν μέχρι την οριζόμενη ημερομηνία και ώρα. Στην περίπτωση ταχυδρομικής αποστολής ή αποστολής με ταχυμεταφορά το εμπρόθεσμο κρίνεται με βάση την ημερομηνία παραλαβής από την Alzheimer Hellas. Η Alzheimer Hellas ουδεμία ευθύνη φέρει για το περιεχόμενο των φακέλων των προτάσεων που θα αποσταλούν.
3. Αντικατάσταση της πρότασης ή διόρθωση αυτής ή συμπλήρωση τυχόν ελλειπόντων δικαιολογητικών επιτρέπεται μόνο μέχρι τη λήξη της προθεσμίας υποβολής των προτάσεων.
4. Για τους ενδιαφερόμενους, των οποίων οι τίτλοι σπουδών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (προπτυχιακών και μεταπτυχιακών) αποτελούν απαιτούμενο ή συνεκτιμώμενο τυπικό προσόν και



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

έχουν χορηγηθεί από ιδρύματα του εξωτερικού, πρέπει να συνοδεύονται από πιστοποιητικά αναγνώρισης του ΔΟΑΤΑΠ.

5. Όσοι επιλεγούν θα ειδοποιηθούν κατ' ιδίαν. Σε περίπτωση ισοβαθμίας επιλέγεται κατά σειρά η πρόταση του ενδιαφερόμενου α) με τη μεγαλύτερη εμπειρία β) με το μεγαλύτερο βαθμό στο βασικό τίτλο σπουδών γ) με το μεγαλύτερο βαθμό στο μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών.

6. Υποβληθείσα πρόταση, η οποία δεν πληροί τα απαιτούμενα προσόντα της πρόσκλησης, δε βαθμολογείται και απορρίπτεται.

7. Ξενόγλωσσα δικαιολογητικά έγγραφα της ημεδαπής ή της αλλοδαπής θα πρέπει να προσκομίζονται συνοδευόμενα από φωτοαντίγραφα επίσημης μετάφρασής τους στην ελληνική γλώσσα.



Δημήτριος Ράλλης
Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας
Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

ΥΠΟΒΟΛΗ ΠΡΟΤΑΣΗΣ – ΔΗΛΩΣΗΣ*
(με όλες τις συνέπειες του νόμου για ψευδή δήλωση)

Επώνυμο : Όνομα:

Πτυχίο ή Δίπλωμα (όπου απαιτείται)

Τελικός βαθμός (αριθμητικά, προσέγγιση 2 δεκαδικών):.....

Έτος γέννησης: Τόπος γέννησης: Νομός:

Όνομα και επώνυμο του πατέρα:

Όνομα και επώνυμο της μητέρας:

Διεύθυνση κατοικίας: Οδός: Αρ: Τ.Κ.: Πόλη: Τηλ:

Κινητό τηλ:.....e-mail: Α.Φ.Μ.:

Να αναγραφούν στην παρούσα πρόταση-δήλωση και από τον υποψήφιο στο εξωτερικό του φακέλου τα εξής (συμπληρώνονται):

Ο αριθμός του πρωτόκολλου της Πρόσκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος:

046/15-03-2023

Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πληροφορίες που δίνονται στο σύνολο των εντύπων αυτής της πρότασης είναι ακριβείς και αληθείς.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Ημερομηνία : __/__/____

Συνημμένα υποβάλλω: 1.

2.

***Η ελλιπής συμπλήρωση της πρότασης-δήλωσης αποτελεί κριτήριο αποκλεισμού.**



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Ταμείο
Περιφερειακής Ανάπτυξης

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



ΕΣΠΑ
2014-2020
ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΟΤΙΣΜΟΥ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ
(Καταγράφεται από τον/την υποψήφιο/α όλη η εμπειρία που επικαλείται στην αίτησή του.)

| α/α | (α) | (β) | Φορέας απασχόλησης – Εργοδότης | Εργασιακή σχέση ⁽¹⁾ | Αντικείμενο απασχόλησης |
|-----|-------------------|--------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| | Μήνες απασχόλησης | Ημέρες απασχόλησης | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

.....
..

ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΜΗΝΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ⁽²⁾

(1) Συμπληρώνεται κατά περίπτωση με «ΣΟΧ», «ΣΜΕ», «Ιδιωτ.τομέας», «Δημόσιο», «Ελεύθ. Επαγγελματίας», «ΚΟΧ», ανάλογα με τη σχέση με το φορέα απασχόλησης.

(2) Συμπληρώνεται το ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΜΗΝΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ. Εφόσον στη στήλη **(β)** προκύπτει εμπειρία, το σύνολο των ημερών απασχόλησης διαιρείται **διά του 25** (αν η εμπειρία έχει υπολογιστεί ως αριθμός ημερομισθίων) ή **διά του 30** (αν η εμπειρία έχει υπολογιστεί ως χρονικό διάστημα από την ημερομηνία έναρξης έως την ημερομηνία λήξης της απασχόλησης) και το ακέραιο αποτέλεσμα προστίθεται στο σύνολο των μηνών απασχόλησης της στήλης **(α)**.

Ημερομηνία:

Ο/Η Δηλ.....



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας

