



Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών

Γραμμή Βοήθειας: 2310 909000 E-mail: info@alzheimer-hellas.gr

- Μονάδα Αντιμετώπισης Προβλημάτων Νόσου Alzheimer «Αγία Ελένη», Π. Συνδίκου 13, 546 43, Θεσσαλονίκη Τηλ: 2310 810411 Φαξ: 2310 925802
- Μονάδα Αντιμετώπισης Προβλημάτων Νόσου Alzheimer «Άγιος Ιωάννης», Λεωφ. Κ. Καραμανλή 164, 542 48, Θεσ/νίκη Τηλ: 2310 351451-5 Φαξ: 2310 3514

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Η Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών (Alzheimer Ελλάς), σύμφωνα με την έγκριση σκοπιμότητας της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας με αρ. πρωτ: Γ3β/Γ.Π.οικ.77459/2-12-2020, προτίθεται να προσλάβει τέσσερις (4) επαγγελματίες υγείας με σύμβαση ορισμένου χρόνου, οι οποίοι θα επιλεγούν μέσα από νόμιμες διαδικασίες (όπως περιγράφονται στις σχετικές παραγράφους) και θα υλοποιήσουν το παρακάτω φυσικό αντικείμενο για χρονικό διάστημα μέχρι 12 μήνες από την υπογραφή της σύμβασης και με ανώτατο συνολικό προϋπολογισθέν εργοδοτικό κόστος μέχρι €56.000,00.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΟΥ

Το φυσικό αντικείμενο των επαγγελματιών υγείας περιλαμβάνει την ανάπτυξη προγραμμάτων εξ αποστάσεως υποστήριξης και εκπαίδευσης για τους περιθάλποντες των ατόμων με άνοια, τη δημιουργία γραμμών βοήθειας (τηλεφωνικής υπηρεσίας ενημέρωσης και παροχής βοήθειας) και την κατ' οίκον βοήθεια των περιθαλπόντων των ατόμων με άνοια. Το νέο αυτό πρόγραμμα θα αναπτυχθεί μέσω της επέκτασης των δράσεων του Κέντρου Ημέρας "Αγία Ελένη" και του Κέντρου Ημέρας "Άγιος Ιωάννης" της Ελληνικής Εταιρείας Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών τα οποία λειτουργούν ήδη σύμφωνα με το άρ.11 του ν.2716/99 (ΦΕΚ 96 Α'). Σε καθένα από τα προαναφερθέντα Κέντρα Ημέρας της Ελληνικής Εταιρείας Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών θα προσληφθούν από δύο επαγγελματίες υγείας.

Ελάχιστα Απαιτούμενα Προσόντα:

1. Πτυχίο ΑΕΙ (Νευρολόγου, Ψυχολόγου, Κοιν. Λειτουργού κλπ).
2. Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, εφόσον απαιτείται.
3. Γνώση χρήσης Η/Υ (Internet Explorer, Ms Excel, Ms Access, Ms Word).
4. Πιστοποίηση επάρκειας εκπαίδευσης ή εθελοντισμού από τα Κέντρα Ημέρας της Alzheimer Ελλάς ή από άλλο αντίστοιχο Κέντρο Ημέρας για ασθενείς με άνοια.
5. Για τους άνδρες υποψήφιους: εκπληρωμένες στρατιωτικές υποχρεώσεις ή νόμιμη απαλλαγή από αυτές.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Υποβολή Αίτησης – Δήλωσης (επισυνάπτεται)
2. Αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα
3. Αντίγραφο βασικού Τίτλου Σπουδών
4. Άδειες ασκήσεως επαγγέλματος, εφόσον απαιτείται
5. Αντίγραφα λοιπών τίτλων σπουδών, πιστοποιήσεων και βεβαιώσεων προϋπηρεσίας, καθώς και κάθε άλλο στοιχείο που θα τεκμηριώνει τα στοιχεία που θα αναφέρονται στο βιογραφικό.
6. Αντίγραφο πιστοποιητικού στρατολογικής κατάστασης ή απολυτηρίου στρατού / Αντίγραφο βεβαίωσης αναβολής (για τους άνδρες υποψηφίους)

Η υποβολή των προτάσεων και λοιπών δικαιολογητικών από τους ενδιαφερόμενους θα γίνεται με ηλεκτρονικό τρόπο στην ηλεκτρονική διεύθυνση: info@alzheimers-hellas.gr από την ημερομηνία δημοσίευσης της παρούσας πρόσκλησης μέχρι και την Πέμπτη 10/12/2020. Η αξιολόγηση των υποβαλλόμενων προτάσεων θα πραγματοποιηθεί από τριμελή επιτροπή αξιολόγησης, που έχει ορίσει το Διοικητικό Συμβούλιο της Alzheimer Hellas και τα προσωρινά αποτελέσματα θα αναρτηθούν στην ιστοσελίδα της Alzheimer Ελλάς την Παρασκευή 11/12/2020. Ο Υποψήφιος που επιθυμεί να υποβάλει ένσταση σχετικά με τα προσωρινά αποτελέσματα, δικαιούται να προσφύγει αποστέλλοντας ηλεκτρονικό μήνυμα στην Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών, στην ηλεκτρονική διεύθυνση: info@alzheimers-hellas.gr μέχρι και τη Δευτέρα 14/12/20 και ώρα 12.00 μ.μ.

Για πληροφορίες σχετικά με το αντικείμενο του έργου και τη διαδικασία υποβολής πρότασης, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται τηλεφωνικά στο 2310-810411 και 2310-351451 και στο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: info@alzheimers-hellas.gr Κάθε υποψήφιος έχει υποχρέωση να ενημερώνεται για την ανάρτηση των αποτελεσμάτων από την ιστοσελίδα της Alzheimer Hellas <http://www.alzheimer-hellas.gr>.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ – ΛΟΙΠΟΙ ΟΡΟΙ

1. Από τις αιτήσεις που υποβάλλονται εμπρόθεσμα και παραδεκτά κατά τα ανωτέρω, επιλέγονται εκείνες που κρίνονται πιο κατάλληλες.
2. Εμπρόθεσμες θεωρούνται οι προτάσεις/ενστάσεις που θα παραληφθούν μέχρι την οριζόμενη ημερομηνία και ώρα. Η Alzheimer Hellas ουδεμία ευθύνη φέρει για το περιεχόμενο 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 έχουν χορηγηθεί από ιδρύματα του εξωτερικού, πρέπει να συνοδεύονται από πιστοποιητικά αναγνώρισης του ΔΟΑΤΑΠ.
5. Η διαδικασία της πρόσκλησης θα ολοκληρωθεί με την ανάρτηση πίνακα οριστικών αποτελεσμάτων, ενώ όσοι επιλεγούν θα ειδοποιηθούν κατ' ιδίαν.
6. Υποβληθείσα πρόταση, η οποία δεν πληροί τα απαιτούμενα προσόντα της πρόσκλησης, δεν αξιολογείται και απορρίπτεται.
7. Καθ' όλη τη διάρκεια της πρόσληψης μπορεί να πραγματοποιηθεί αντικατάσταση του/των επιλεχθέντος/ντων με άλλον/ους ενδιαφερόμενο/ους στο πλαίσιο της παρούσης πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος και σύμφωνα με τις υποβληθείσες προτάσεις.
8. Η πιστοποίηση γνώσης Η/Υ αποδεικνύεται με βάση τα οριζόμενα στο άρθρο 27 παρ. 6 του ΠΔ 50/2001 Καθορισμός προσόντων διορισμού σε θέσεις φορέων του δημόσιου τομέα όπως αυτό ισχύει» (ΦΕΚ Α' 39/5.3.2001, ΦΕΚ Α' 24/30.01.2013 και ΦΕΚ Α' 63/9.3.2005).
9. Ξενόγλωσσα δικαιολογητικά έγγραφα της ημεδαπής ή της αλλοδαπής θα πρέπει να προσκομίζονται συνοδευόμενα από φωτοαντίγραφα επίσημης μετάφρασής τους στην ελληνική γλώσσα.

Θεσσαλονίκη, 7/12/2020

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

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

Επώνυμο : Όνομα:

Πτυχίο (ή Δίπλωμα:)

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:

Διεύθυνση εργασίας:

Οδός: Αρ: Τ.Κ.: Πόλη: Τηλ:

Κινητό τηλ:

e-mail:

Α.Φ.Μ.:

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

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Ημερομηνία : __/__/____

Συνημμένα υποβάλλω: 1.

2.

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