



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
6<sup>η</sup> Υ.Π.Ε.  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Τμήμα: Διαχ.Ανθρώπινου Δυναμικού  
Πληροφορίες: Δαουτάκου Ράλλια  
Ταχ. Δ/ση: Μολάοι Τ.Κ. 23052  
Τηλέφωνο: 2732360 -184, 119  
E-mail: prosopiko@hosmol.gr

Μολάοι 18-5-2026  
ΑΠ: 4568

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΕΝΟΣ (1) ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ  
ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΕΝΟΣ(1) ΕΤΟΥΣ, ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ-ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ  
ΜΟΛΑΟΙ**

**Η Διοικήτρια του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας**

Έχοντας υπόψη:

Τις διατάξεις:

1. Της παρ.1 του άρθρου 41 του **Ν. 4058/2012** (ΦΕΚ 63/Α'/2012), όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.
2. Την αριθ.**Υ4α/οικ.39513/10-4-2012** (ΦΕΚ 1151/τ.Β'/10-4-2012) Κοιν. Υπ. Απόφαση «Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου ΓΝ-ΚΥ Μολάων», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
3. Την αριθ.**Υ4α/οικ.123794/31-12-12** (ΦΕΚ 3486/τ.Β'/31-12-2012) Υπ. Απόφαση «Ενοποιημένος οργανισμός του Γ.Ν. Σπάρτης & του ΓΝ-ΚΥ Μολάων».
4. Την υπ' αριθ. **Γ4β/Γ.Π.οικ.33808/29.07.2025** Απόφαση του Υπουργού Υγείας περί διορισμού της Διοικήτριας του Γ.Ν. Λακωνίας (ΦΕΚ 985/2025 τ.Υ.Ο.Δ.Δ.).
5. Τον **ν.3329/2005** (ΦΕΚ 81<sup>Α</sup>), όπως τροποποιήθηκε μεταγενέστερα.
6. Το απόσπασμα Πρακτικών της **6ης/13-03-2026/θ.13ο** Τακτικής Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΚΩΝΙΑΣ.
7. Την υπ' αρ.πρωτ.: **2583/18-03-2026** Βεβαίωση δέσμευσης πίστωσης του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΚΩΝΙΑΣ-ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ.
8. Το με αρ.πρ. **22424/27-03-2026** έγγραφο της 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ καθώς και το με αρ.πρ. **2704/23-03-2026** έγγραφο του ΓΝ Λακωνίας-Αποκεντρωμένη Οργανική Μονάδα Μολάων, αναφορικά με τη συνεργασία του Νοσοκομείου με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ για την κάλυψη των αναγκών του, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών.
9. Την υπ' αρ.πρ. **Β2α/οικ. 16926/09-04-2026** Βεβαίωση της Γ.Δ.Ο.Υ. του Υπουργείου Υγείας.
10. Την υπ' αρ. πρωτ.: **Γ4β/15558/21-04-2026** εγκριτική Απόφαση του Υπουργείου Υγείας με θέμα:

**«Έγκριση συνεργασίας του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας-Αποκεντρωμένη Οργανική Μονάδα Μολάων με έναν(1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών».**

11. Τις επιτακτικές υπηρεσιακές ανάγκες του Γ.Ν.Λακωνίας-Α.Ο.Μ. Μολάων.
12. Το γεγονός ότι δεν υπάρχουν υποψήφιοι αυτής της ειδικότητας στον κατάλογο των επικουρικών ιατρών της 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ για το Γ.Ν.Λακωνίας-Α.Ο.Μ. Μολάοι.

#### **Κ Α Λ Ε Ι**

**Ειδικευμένο ιδιώτη ιατρό Ωτορινολαρυγγολογίας για να συνεργαστεί με το Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας-Αποκεντρωμένη Οργανική Μονάδα Μολάοι με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, προκειμένου για την κάλυψη των αναγκών του για χρονικό διάστημα ενός(1) έτους, ως ακολούθως:**

<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ</b>	<b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ (σε μήνες)</b>
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ-ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ	<b>1</b>	ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ	<b>12</b>

#### **ΘΕΣΗ-ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ**

**Συμμετοχή σε πρωινό ωράριο και στις εφημερίες του Γ.Ν. Λακωνίας-Αποκεντρωμένη Οργανική Μονάδα Μολάων, ανάλογα με τις ανάγκες του, για χρονικό διάστημα ενός(1) έτους.** Θα τελεί υπό την εποπτεία του Προϊσταμένου – Επιστημονικά Υπεύθυνου του Χειρουργικού Τμήματος, του Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας, του Αναπληρωτή Διοικητή και της Διοικήτριας του ΓΝ Λακωνίας.

#### **ΑΜΟΙΒΗ**

Η αμοιβή των παρεχόμενων υπηρεσιών του ανωτέρω Ιατρού έχει προσδιοριστεί με βάση τις αποδοχές ενός ειδικευμένου ιατρού με το βαθμό του Επιμ. Β`.

#### **1. ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ**

**Οι υποψήφιοι πρέπει:**

1. Να είναι Έλληνες πολίτες. Δικαιούνται να εκδηλώσουν ενδιαφέρον και πολίτες των Κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σύμφωνα με τα οριζόμενα στο ν.2431/1996 (Α' 175).
2. Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που τους επιτρέπει την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
3. Κατά τον χρόνο λήξης της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων και κατά τον χρόνο του διορισμού:
  - Να μην έχουν καταδικαστεί για κακούργημα σε οποιαδήποτε ποινή.
  - Να μην έχουν καταδικαστεί για κλοπή, υπεξαίρεση (κοινή και στην υπηρεσία), απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, απιστία δικηγόρου, δωροδοκία ή δωροληψία, καταπίεση, απιστία περί την υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος, συκοφαντική δυσφήμιση καθ' υποτροπή ή εγκλήματα της γενετήσιας ελευθερίας ή οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής.
  - Να μην είναι υπόδικοι λόγω παραπομπής με τελεσίδικο βούλευμα για κακούργημα ή για πλημμέλημα της προηγούμενης περίπτωσης, έστω και αν το αδίκημα παραγράφηκε.
  - Να μην έχουν λόγω καταδίκης στερηθεί τα πολιτικά τους δικαιώματα και δεν έχει λήξει ο χρόνος που ορίστηκε για τη στήρηση.
  - Να μην τελούν υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) είτε υπό επικουρική

δικαστική συμπάρσταση (πλήρη ή μερική) είτε από συνδυασμό και των δύο προηγούμενων.

- Να μην έχουν απολυθεί από θέση δημοσίου υπαλλήλου ή υπαλλήλου Ν.Π.Δ.Δ., Ο.Τ.Α., ή Ν.Π.Ι.Δ. του άρθρου 14 του ν.2190/1994 όπως αντικαταστάθηκε με το 5 άρθρο 1 παρ.1 του ν.2527/1997 ή Ν.Π.Ι.Δ. της παρ.3 του άρθρου 1 του ν.2527/1997, λόγω επιβολής της πειθαρχικής ποινής της οριστικής παύσης ή λόγω καταγγελίας της σύμβασης εργασίας για σπουδαίο λόγο οφειλόμενο σε υπαιτιότητα τους και δεν έχει παρέλθει πενταετία από την απόλυση.
- 4. Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.
- 5. Να είναι εγγεγραμμένοι στη Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες
- 6. Να έχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

## 2. ΚΥΡΙΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

- ο **Πτυχίο Ιατρικής Σχολής της ημεδαπής ή ισότιμης Σχολής της Αλλοδαπής. Σε περίπτωση πτυχίου Πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται το πτυχίο με τη σφραγίδα της Χάγης, η επίσημη μετάφρασή του και η απόφαση ισοτιμίας ΔΟΑΤΑΠ, όπου απαιτείται.**
- ο **Απόφαση Άδειας άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος**
- ο **Απόφαση χορήγησης τίτλου ειδικότητας Ωτορινολαρυγγολογίας**

## 3. ΣΥΝΕΚΤΙΜΩΜΕΝΑ ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

### 1. Η εμπειρία συναφής με το αντικείμενο της προς πλήρωση θέσης.

## 4. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση-δήλωση υποψηφιότητας (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι)
2. Αντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας
3. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρονται τα οριζόμενα της παρ.3) του άρ.1 της παρούσας (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ)
4. Αντίγραφο τίτλου σπουδών. 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 αρχείο ή πιστοποιητικό.
5. Άδεια άσκησης Ιατρικού επαγγέλματος
6. Τίτλος αντίστοιχης Ιατρικής ειδικότητας
7. Πιστοποιητικό εγγραφής σε ιατρικό σύλλογο στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης της.
8. Φορολογική ενημερότητα
9. Ασφαλιστική ενημερότητα.
10. Βεβαίωση από την οποία να προκύπτει εγγραφή στη ΔΟΥ ως επιτηδευματίας
11. Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα

Με την πρόσληψη και την υπογραφή της σύμβασης οφείλει ο ιατρός να προσκομίσει:

1. Πιστοποιητικά Υγείας από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο.

**5. ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ:**

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής η οποία επέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά είτε αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή, είτε ταχυδρομικά με απόδειξη, στη διεύθυνση σε κλειστό φάκελλο:

**Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας, Νοσηλευτική Μονάδα Μολάων, Μολάοι Λακωνίας Τ.Κ. 23052,**

με την ένδειξη: **«ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ».**

ή με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο στις διευθύνσεις:

1. [prosopiko@hosmol.gr](mailto:prosopiko@hosmol.gr)
2. [grammateia@hosmol.gr](mailto:grammateia@hosmol.gr)

**Η χρονική περίοδος υποβολής των αιτήσεων ορίζεται 19/5/2026 έως και 22/5/2026.** Ως ημερομηνία κατάθεσης σε περίπτωση αποστολής των αιτήσεων ταχυδρομικώς ή με εταιρεία ταχυμεταφοράς λογίζεται η ημερομηνία αποστολής του φακέλου, η οποία αποδεικνύεται από τη σφραγίδα ταχυδρομείου, ή με αποδεικτικό της εταιρείας ταχυμεταφοράς. Αιτήσεις που θα υποβληθούν εκπρόθεσμα δεν θα ληφθούν υπόψη.

**6. ΕΠΙΛΟΓΗ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ**

Η τελική επιλογή θα γίνει από τη Διοίκηση του ΓΝ Λακωνίας.

Η παρούσα αναρτάται στη διαύγεια και στην επίσημη ιστοσελίδα του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας.

Η Διοικήτρια του ΓΝ Λακωνίας

PETROULA TROUPI  
18/05/2026 12:34  
Πετρούλα Av. Τρουπή

**Εσωτερική διανομή:**

1. Αναπληρωτή Διοικητή
2. Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας
3. Επιστημονικό Συμβούλιο
4. Τμήμα Προσωπικού
5. Οικονομικό τμήμα

**Κοινοποίηση:**

1. Τμήμα Πληροφορικής ΝΜ Σπάρτης  
(για ανάρτηση στον ιστότοπο του Νοσοκομείου)
2. Διοίκηση 6<sup>ης</sup> Υ.Π.Ε.
3. Ιατρικούς Συλλόγους (Λακωνίας, Αρκαδίας, Μεσσηνίας)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

**ΑΙΤΗΣΗ-ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ****ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΕΝΟΣ(1) ΙΑΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗ Ν.Μ. ΜΟΛΑΩΝ ΤΟΥ ΓΝ ΛΑΚΩΝΙΑΣ, ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ (1) ΕΤΟΥΣ, ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ****Επώνυμο:****Όνομα:****Όνομα Πατρός:****Αριθμός τηλεφώνου:****E-mail:****Ταχ.Δ/υση:****Δηλώνω υπεύθυνα ότι:**

**Α)** Αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθμ. 4568/18-5-2026 Πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος του ΓΝ Λακωνίας-ΝΜ Μολάων, για υποβολή πρότασης.

**Β)** Διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρονται στην πρόσκληση

**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.

**Επισυνάπτονται:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....
11. ....

**Ημερομηνία:****Όνοματεπώνυμο:****Υπογραφή:**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :							
Ο - Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		Τηλ:					
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):		Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- α) Δεν έχω καταδικαστεί για κακούργημα σε οποιαδήποτε ποινή.
- β) Δεν έχω καταδικαστεί για κλοπή, υπεξαίρεση (κοινή και στην υπηρεσία), απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, απιστία δικηγόρου, δωροδοκία ή δωροληψία, καταπίεση, απιστία περί την υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος, συκοφαντική δυσφήμιση καθ' υποτροπή ή εγκλήματα της γενετήσιας ελευθερίας ή οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής.
- γ) Δεν είμαι υπόδικος λόγω παραπομπής με τελεσίδικο βούλευμα για κακούργημα ή για πλημμέλημα της προηγούμενης περίπτωσης.
- δ) Δεν έχω στερηθεί τα πολιτικά μου δικαιώματα
- ε) Δεν τελώ υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική), δεν τελώ υπό επικουρική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) και δεν τελώ υπό συνδυασμό και των δύο προηγούμενων
- στ) Δεν έχω απολυθεί από θέση δημοσίου υπαλλήλου ή υπαλλήλου Ν.Π.Δ.Δ., Ο.Τ.Α., ή Ν.Π.Ι.Δ. του άρθρου 14 του ν.2190/1994 όπως αντικαταστάθηκε με το 5 άρθρο 1 παρ.1 του ν.2527/1997 ή Ν.Π.Ι.Δ. της παρ.3 του άρθρου 1 του ν.2527/1997, λόγω επιβολής της πειθαρχικής ποινής της οριστικής παύσης ή λόγω καταγγελίας της σύμβασης εργασίας για σπουδαίο λόγο οφειλόμενο σε υπαιτιότητα μου και δεν έχει παρέλθει πενταετία από την απόλυση.

Ημερομηνία: 20

Ο - Η Δηλ.

(Υπογραφή)