

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. Ο.Κ.Υπ.Υ 13.25.001.297Αρ. Προσφοράς: Γ.Τ 169/21 |
|  |
|  |

Λευκωσία 20 Ιουλίου 2021

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**ΘΕΜΑ: Αγορά Υπηρεσιών από** **Ακτινογράφους- Ακτινοδιαγνωστικής για κάλυψη των αναγκών των Νοσηλευτηρίων του Ο.Κ.Υπ.Υ σύμφωνα με το Παράρτημα XIV**

Ο Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (Ο.Κ.Υπ.Υ) ανακοινώνει την πρόθεση του να προβεί σε αγορά υπηρεσιών από Ακτινογράφους- Ακτινοδιαγνωστικής για ενίσχυση των Νοσηλευτηρίων του Ο.Κ.Υπ.Υ λόγω των αυξημένων αναγκών που προκύπτουν λόγω αφυπηρέτησης προσωπικού και πανδημίας covid-19 μέχρι την μόνιμη κάλυψη των θέσεων.

Η χρονική διάρκεια των συμβάσεων θα είναι για τρεις (3) μήνες με δικαίωμα ανανέωσης για 1+1+1+1+1+1+1+1+1 μήνα αν εξακολουθεί να υφίσταται η ανάγκη.

Οι αιτήσεις αφορούν όλα τα Νοσηλευτήρια του Ο.Κ.Υπ.Υ και οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να δηλώσουν για ποια Επαρχία/Νοσηλευτήριο ενδιαφέρονται να εργαστούν.

Το ποσό αμοιβής είναι €1.650,00 ανά μήνα.

Οι αιτήσεις που θα υποβάλλονται θα καταχωρούνται σε κατάλογο (με αλφαβητική σειρά), τον οποίο θα ελέγχει ο Προϊστάμενος της Μονάδας Ανάπτυξης και Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του Ο.Κ.Υπ.Υ και η Αγορά υπηρεσιών θα πραγματοποιείται σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες των Νοσηλευτηρίων.

Σε περίπτωση υποβολής περισσότερων αιτήσεων από τις εκάστοτε ανάγκες η επιλογή θα γίνεται με την διαδικασία κλήρωσης.

Παρακαλούνται οι ενδιαφερόμενοι όπως επικοινωνήσουν με την **κα. Έλενα Νεοφύτου για πληροφορίες, στον αριθμό 22212891.**

Η υποβολή των αιτήσεων θα γίνεται μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην διεύθυνση **e.neophytou@shso.org.cy** υποβάλλοντας συμπληρωμένο το έντυπο 1 και όσα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις/πτυχία απαιτούνται σύμφωνα με την παρούσα.

**Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να πληρούν τις πιο κάτω βασικές προϋποθέσεις:**

**Α) Απαιτούμενα Προσόντα**

1. Πανεπιστημιακό δίπλωμα ή τίτλος ή ισότιμο προσόν σε ένα από τα ακόλουθα θέματα αυτών:

Ραδιολογία – Ακτινολογία, Ακτινοτεχνολογία, Ακτινοδιαγνωστική Ακτινογραφία

1. Εγγραφή στο Μητρώο του Συμβουλίου Εγγραφής Τεχνολόγων Ακτινολόγων και Τεχνολόγων Ακτινοθεραπευτών, στον οικείο κλάδο και κατοχή εν ισχύ άδειας ασκήσεως επαγγέλματος.
2. Πολύ καλή γνώση της Ελληνικής και καλή γνώση της Αγγλικής γλώσσας ή της Γαλλικής ή της Γερμανικής γλώσσας.

Η κατοχή των γλωσσών στο απαιτούμενο επίπεδο θα πρέπει να τεκμηριώνεται από τους υποψηφίους είτε μέσω αποδεκτών τεκμηρίων είτε μέσω εξετάσεων με την υποβολή των αιτήσεων (αποδεκτά τεκμήρια στην ιστοσελίδα Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας).

**Β) Καθήκοντα και ευθύνες**

(1) Εκτελεί εργασία στο Ακτινολογικό Τμήμα, περιλαμβανομένης εργασίας σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, όπως:

αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία, μαστογραφία, επεμβατική ακτινολογία και επεμβατική καρδιολογία και μεριμνά για την καθαριότητα των μηχανημάτων και του χώρου όπου εργάζεται.

(2) Φροντίζει για τη σωστή εφαρμογή της ακτινοπροστασίας στους χώρους με ιονίζουσες ακτινοβολίες και γενικά, για την πιστή τήρηση των όρων ακτινοπροστασίας στους χώρους όπου εργάζεται, καθώς και για τη σωστή

λειτουργία των μηχανημάτων, την ασφάλειά τους και την ασφάλεια των ασθενών.

(3) Τηρεί αρχεία και στοιχεία των ασθενών και ετοιμάζει έγγραφα σχετικά με την εργασία του κλάδου.

(4) Συμμετέχει σε διεθνή και τοπικά συνέδρια.

(5) Εκτελεί οποιαδήποτε άλλα καθήκοντα του ανατεθούν συναφή με τα πιο πάνω.

(6) Κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του υποχρεούται να συμμορφώνεται προς τις Νομοθετικές/Κανονιστικές, Γενικές ή Ειδικές Διατάξεις, Οδηγίες, Εγκυκλίους και Πρακτικές, όπως αυτές εφαρμόζονται στον Οργανισμό.

Σημειώσεις:

α) Τα καθήκοντα της θέσης συνεπάγονται απασχόληση σε 24ωρη βάση με το σύστημα βάρδιας.

β) Ανάλογα με τα χρόνια υπηρεσίας και την πείρα του υπαλλήλου αναμένεται από αυτόν να εκτελεί τα καθήκοντα του σε αυξημένο βαθμό ευθύνης και δύναται να ανατεθούν σε αυτόν πιο υπεύθυνα καθήκοντα μεταξύ των οποίων ο έλεγχος της εργασίας, η καθοδήγηση και η εκπαίδευση.

**Αιτήσεις από ενδιαφερόμενους που έχουν συμπληρώσει πέραν των 24 μηνών εργασίας στο σύνολο με αγορά υπηρεσιών, θα απορρίπτονται.**

**Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει με την υποβολή αίτησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος να προσκομίσουν τα ακόλουθα:**

* Έντυπο 1 -Βιογραφικό Σημείωμα
* Έντυπο 2-Πίνακας Δήλωσης Επαρχίας Προτίμησης
* Όλα τα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις /πτυχία που απαιτούνται σύμφωνα με την παρούσα

Χρίστης Λοϊζίδης Γενικός Εκτελεστικός Διευθυντής Ο.Κ.Υπ.Υ

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ ΕΝΤΥΠΩΝ**

**Έντυπο 1 Βιογραφικό Σημείωμα**

**Έντυπο 2 Πίνακας Δήλωσης Επαρχίας Προτίμησης**

**Έντυπο 1**

 **ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Προτεινόμενη Θέση στην Ομάδα Έργου:** |  |
|  |  |
| 1. **Επίθετο:**
 |  |
| 1. **Όνομα:**
 |  |
| 1. **Ημερομηνία γέννησης:**
 |  |
| 1. **Υπηκοότητα:**
 |  |

1. **Εκπαίδευση:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Όνομα Σχολής / Πανεπιστημίου** | **Περίοδος Φοίτησης** | **Πτυχίο / Δίπλωμα που αποκτήθηκε** |
| **Από** | **Μέχρι** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Γλώσσες:** Αναφέρετε ικανότητα σε κλίμακα από 1 έως 5 (1 – άριστα, 5 – ελάχιστα)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Γλώσσα** | Ανάγνωση | Γραφή | Ομιλία |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Μέλος επαγγελματικών οργανισμών :**
2. **Άλλες ικανότητες:** (π.χ. γνώση Η/Υ κλπ.)
3. **Παρούσα θέση στον οργανισμό:** (Αναγράφεται η σημερινή απασχόληση - θέση σε Επιχείρηση, Οργανισμό Δημοσίου η Ιδιωτικού τομέα, ελεύθερος επαγγελματίας κλπ.)
4. **Κύρια προσόντα:** (Αναγράφονται τα κύρια προσόντα και ικανότητες του ατόμου που προκύπτουν από την μέχρι σήμερα επαγγελματική και άλλη εμπειρία του)
5. **Επαγγελματική εμπειρία:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Επιχείρηση / Οργανισμός** | **Περίοδος** | **Θέση** | **Περιγραφή Καθηκόντων \*** |
| **Από** | **Μέχρι** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* Να δοθεί αναλυτική περιγραφή των καθηκόντων κατά τρόπο που να φαίνεται η συνάφεια με τις ζητούμενες υπηρεσίες, ο βαθμός εμπλοκής και ευθύνης.

1. **Κατάλογος έργων συναφών με το προκηρυσσόμενο (ΔΕΝ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ)**

| **Τίτλος έργου** | **Ημερομηνίες εκπόνησης****(έναρξη – ολοκλήρωση)** | **Αξία έργου** | **Αποδέκτης/****Φορέας Ανάθεσης**  | **Συνοπτική περιγραφή έργου** | **Αρμοδιότητες - καθήκοντα** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Άλλα σχετικά στοιχεία / πληροφορίες:**

**Σημείωση:** Η Αναθέτουσα Αρχή διατηρεί το δικαίωμα σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας να ελέγξει την ορθότητα των στοιχείων του Βιογραφικού Σημειώματος. Προς το σκοπό αυτό, ο Προσφέρων οφείλει, εάν του ζητηθεί, να υποβάλει τα κατά περίπτωση απαιτούμενα στοιχεία τεκμηρίωσης

|  |  |
| --- | --- |
| Υπογραφή Αιτητή | ...................................................................... |
| Όνομα υπογράφοντος | ...................................................................... |
| Αρ. Δελτίου Ταυτότητας/Διαβατηρίου υπογράφοντος | ...................................................................... |
| Ιδιότητα υπογράφοντος | ...................................................................... |
| Ημερομηνία | ...................................................................... |

|  |  |
| --- | --- |
| Στοιχεία Προσφέροντος1 |  |
| Όνομα Προσφέροντος | ........................................................................ |

*Τηλέφωνο Επικοινωνίας ……………………………………………………………*

*Ηλεκτρονική Διεύθυνση ……………………………………………………………..*

**Έντυπο 2**

**Πίνακας Δήλωσης Επαρχίας Προτίμησης**

|  |
| --- |
| **Αρ. Διαγωνισμού:**  |
| **Επαρχία στην οποία θα επιθυμούσατε να απασχοληθείτε** | **Επιλογή** **(σημειώστε 1-5 με αρ.1 την πρώτη επιλογή και αρ.5 την τελευταία επιλογή)** | **Επιθυμητή Ημερομηνία Έναρξης** **(αρ. ημερών από την ημέρα ειδοποίησης προσέλευσης για υπογραφή σχετικής συμφωνίας)** |
| **(Α) Λευκωσία** |  |  |
| **(Β) Λεμεσός** |  |  |
| **(Γ) Λάρνακα** |  |  |
| **(Δ) Αμμόχωστος** |  |  |
| **(Ε) Πάφος** |  |  |

 **Σημείωση**: **Η αρίθμηση των επιλογών κατά σειρά προτίμησης στον πιο πάνω πίνακα θα πρέπει να είναι διαφορετική για κάθε επιλογή.**

|  |  |
| --- | --- |
| Υπογραφή Προσφέροντος ή Εκπροσώπου του | ...................................................................... |
| Όνομα υπογράφοντος | ...................................................................... |
| Αρ. Δελτίου Ταυτότητας/Διαβατηρίου υπογράφοντος | ...................................................................... |
| Ιδιότητα υπογράφοντος | ...................................................................... |
| Ημερομηνία | ...................................................................... |

|  |  |
| --- | --- |
| Στοιχεία Προσφέροντος1 |  |
| Όνομα Προσφέροντος | ........................................................................... |

*Τηλέφωνο Επικοινωνίας ……………………………………………………………*

*Ηλεκτρονική Διεύθυνση ……………………………………………………………*