



**ΑΝΑΣΑ ΑΣΤΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ
ΑΠΟ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ**

Λ. Συγγρού 36-38

11742 ΑΘΗΝΑ

Τηλ. 210 9234904

Fax 210 9234907

anasa07@otenet.gr

www.anasa.com.gr

Αθήνα, 01/09/2023

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ
ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ ή ΓΕΝΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ**

Η ΑΝΑΣΑ Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία υποστήριξης ατόμων που πάσχουν από Διατροφικές Διαταραχές, λειτουργεί στις εγκαταστάσεις της **Κέντρο Ημέρας**, στο οποίο απασχολείται διεπιστημονική ομάδα αποτελούμενη από Ψυχιάτρους, Παιδοψυχίατρο, Ψυχολόγους, Ειδικό Παθολόγο και Διαιτολόγο-Διατροφολόγο και επιχορηγείται από τον Τακτικό Π/Υ του Υπουργείου Υγείας.

Στο πλαίσιο λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας, η ΑΜΚΕ ΑΝΑΣΑ προκηρύσσει **μία θέση Παθολόγου ή Γενικού Ιατρού**, με σύμβαση ορισμένου χρόνου, μερικής απασχόλησης.

Απαραίτητα δικαιολογητικά (φωτοαντίγραφα) που πρέπει να υποβληθούν μαζί με την αίτηση, είναι:

1. Αίτηση (επισυνάπτεται)
2. Υπεύθυνη Δήλωση (επισυνάπτεται)
3. Βιογραφικό σημείωμα
4. Τίτλοι σπουδών
5. Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος
6. Πιστοποιητικό εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο
7. Άδεια χρησιμοποίησης τίτλου ιατρικής ειδικότητας
8. Επαγγελματική εμπειρία-Συστάσεις (αν υπάρχουν)

Θα **συνεκτιμηθεί** η εμπειρία στις διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Η υποβολή των αιτήσεων θα διαρκέσει έως και την **30^η Σεπτεμβρίου 2023**. Οι φάκελοι των υποψηφίων θα εξεταστούν από την επιστημονική ομάδα/επιτροπή επιλογής προσωπικού και οι υποψήφιοι που θα πληρούν τα κριτήρια της παρούσας πρόσκλησης, θα κληθούν σε συνέντευξη. Οι συνεντεύξεις θα πραγματοποιηθούν το διάστημα 02-06/10/2023 στα γραφεία της ΑΜΚΕ ΑΝΑΣΑ. Η πρόσκληση θα δημοσιευτεί εκ νέου, εάν κριθεί απαραίτητο.

Παρακαλούνται όλοι οι υποψήφιοι που επιθυμούν να εκδηλώσουν το ενδιαφέρον τους, να αποστείλουν τα απαραίτητα δικαιολογητικά στην ηλεκτρονική δ/νση anasa07@otenet.gr με θέμα «ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ/ΓΕΝΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ».

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Σας ενημερώνουμε πως για τον σκοπό της συμμετοχής σας στην παρούσα Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος για επιλογή Παθολόγου ή Γενικού Ιατρού και για λόγους συμμόρφωσης με τον Κανονισμό 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, συλλέγουμε τα εξής δεδομένα που μας παρέχετε με την παρούσα αίτηση: Επώνυμο, Όνομα, Διεύθυνση, Κινητό τηλέφωνο, Ηλεκτρονική Διεύθυνση.

Υπεύθυνος επεξεργασίας των ως άνω δεδομένων είναι η «ΑΝΑΣΑ-Εταιρεία Ατόμων που Πάσχουν από Διατροφικές Διαταραχές».

Αποδέκτης: Το προσωπικό της ΑΝΑΣΑΣ.

Νομική βάση επεξεργασίας: Έννομο συμφέρον της ΑΝΑΣΑΣ ως υπευθύνου επεξεργασίας (άρθρο 6§1στ Καν. ΕΕ 679/2016)

Χρόνος διατήρησης: Τα προσωπικά δεδομένα των ατόμων που θα γίνουν δεκτά θα διατηρηθούν για όλο το διάστημα της μεταξύ μας σύμβασης, καθώς και περαιτέρω, όπου απαιτείται από τις διατάξεις της φορολογικής, εργατικής και ασφαλιστικής νομοθεσίας, όπως και για την υποστήριξη νομικών αξιώσεων. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις για περίοδο 6 μηνών.

Δικαιώματα: Έχετε το δικαίωμα πρόσβασης και διόρθωσης των προσωπικών σας δεδομένων, καθώς και το δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας

Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Κηφισίας 1-3,Τ.Κ.11523, Αθήνα, τηλ. 210 6475600, Fax: 210 6475628, email: contact@dpa.gr)

ΑΙΤΗΣΗ

Ημερομηνία: / /

Πόλη:.....

Όνομα :

Επώνυμο:

Δ/νση:

Τηλέφωνο:

E-mail:

**ΠΡΟΣ: "ΑΝΑΣΑ", ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ
ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ
ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ**

Υποβάλλω την αίτησή μου, στο πλαίσιο της πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος της ΑΜΚΕ ΑΝΑΣΑ για την θέση του **Παθολόγου ή Γενικού Ιατρού** με σύμβαση ορισμένου χρόνου, μερικής απασχόλησης στο Κέντρο Ημέρας του Φορέα. Συνημμένα υποβάλλονται τα παρακάτω δικαιολογητικά:

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

Ο/Η Αιτών/ούσα



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 ⁽¹⁾ :	Τα μέλη της Επιτροπής Επιλογής Προσωπικού της ΑΜΚΕ ΑΝΑΣΑ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
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 ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Όλα τα στοιχεία που έχω υποβάλλει στην **Επιτροπή Επιλογής Προσωπικού της ΑΜΚΕ ΑΝΑΣΑ**, στο πλαίσιο της Πρόσκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος για την θέση Παθολόγου/Γεν. Ιατρού (που λήγει στις 30/09/2023), είναι απολύτως αληθή και ορθά. Επίσης δηλώνω ότι δεν έχω καταδικαστεί αμετάκλητα για κανένα αδίκημα, ούτε εκκρεμεί εις βάρος μου καμία ποινική δίωξη.

Ημερομηνία: / /2023

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.