

**ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΥ ΥΠΟΤΡΟΦΟΥ
ΓΙΑ ΤΟ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2021-2022**

Η Συνέλευση του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, στη συνεδρίασή της **αριθμ. 25/27.4.2021**, αφού έλαβε υπόψη τις διατάξεις του Ν. 4115/2013 (ΦΕΚ 24/30.1.2013 τ.Α'), άρθρο 34 «Θέματα ΑΕΙ», παρ. 16 και του Ν. 4009/2011 άρθρο 29 όπου προστίθεται η παράγραφος 6, του άρθρου 95 του ΦΕΚ 258/8.12.2014 τ.Α' και της παρ. 4 του άρθρ. 19 του Ν. 4452/15.2.2017 όπου αναφέρει: «*Επιστήμονες ανεγνωρισμένου επιστημονικού κύρους είτε κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος είτε υποψήφιοι διδάκτορες είτε εξαιρετικής τεχνικής εμπειρίας μπορεί να απασχολούνται ως ακαδημαϊκοί υπότροφοι... Η διάρκεια της συμβάσεως καθορίζεται μέχρι ενός ακαδημαϊκού έτους κατά περίπτωση, ανάλογα με τις ανάγκες του Τομέα, μπορεί δε να ανανεώνεται ή να παρατείνεται. Σε κάθε περίπτωση, ο συνολικός χρόνος διάρκειας της σύμβασης δεν μπορεί να υπερβεί τα τρία (3) ακαδημαϊκά έτη...*»,

Αποφασίζει

Την προκήρυξη για την πρόσληψη ενός (1) Ακαδημαϊκού Υποτρόφου για τη Α' Ορθοπαιδική Κλινική του Α.Π.Θ., με σύμβαση έργου ορισμένου χρόνου, στο γνωστικό αντικείμενο «**Ορθοπαιδική-Παθήσεις Ώμου**», με δυνατότητα ανανέωσης για δύο (2) ακόμη ακαδημαϊκά έτη. Η (μεικτή) προϋπολογισθείσα δαπάνη **θα ανέλθει έως του ποσού 5.000 ευρώ (με κατώτερο ποσό τις 3.000 ευρώ)**. Σε περίπτωση πρόωρης αποχώρησης ή παραίτησης του ακαδημαϊκού υποτρόφου, η αμοιβή θα υπολογισθεί κατ' αναλογία των μηνών εργασίας.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΟΥ

Διεξαγωγή κλινικού, διδακτικού και ερευνητικού έργου.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ – ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Οι υποψήφιοι πρέπει:

1. Να είναι κάτοχοι τίτλου ειδικότητας Ορθοπαιδικής Χειρουργικής.
2. Να έχουν εξαιρετική τεχνική εμπειρία σε παθήσεις ώμου και στην χειρουργική αντιμετώπισή τους που να προκύπτει από πιστοποιητικά.
3. Να έχουν μετεκπαιδευθεί σε αναγνωρισμένα κέντρα του εξωτερικού.
4. Να διαθέτουν δημοσιεύσεις που να έχουν σχέση με το παραπάνω αντικείμενο.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση υποψηφιότητας.
2. Υπεύθυνη Δήλωση μέσω της εφαρμογής gov.gr, στην οποία θα δηλώνεται το παρακάτω κείμενο:
 - α) Δεν μετείχα, κατά την τελευταία τριετία, σε συμβούλια ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και θεραπευτηρίων και ταυτόχρονα δεν διατηρούσα ιδιωτικό ιατρείο σε χώρο αυτών, έχοντας εκεί την έδρα του.
 - β) Δεν έχω συνταξιοδοτηθεί από το Πανεπιστήμιο ή από το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

γ) Τα δικαιολογητικά που καταθέτω, καθώς και ο,τιδήποτε άλλο επικαλούμαι στο βιογραφικό μου σημείωμα είναι αληθή και διαθέτω τα αντίστοιχα αποδεικτικά έγγραφα, εφόσον μου ζητηθούν.

3. Αντίγραφο του/των βασικών πτυχίων της προκήρυξης. Εάν έχουν χορηγηθεί από ΑΕΙ του εξωτερικού θα πρέπει να φέρουν τις νόμιμες θεωρήσεις και να συνοδεύονται από επίσημες μεταφράσεις, καθώς και από την απόφαση ισοτιμίας ή αντίγραφο της αίτησης για αναγνώριση της ισοτιμίας από το ΔΟΑΤΑΠ. Η απόφαση της ισοτιμίας θα πρέπει να έχει κατατεθεί πριν από την τελική επιλογή.

4. Πιστοποιητικά/βεβαιώσεις σχετικά με τα απαιτούμενα προσόντα της προκήρυξης (όπου είναι απαραίτητα).

5. Αντίγραφο τίτλου ειδικότητας (όπου απαιτείται).

6. Αντίγραφο άδειας άσκησης επαγγέλματος (όπου απαιτείται).

7. Σύντομο βιογραφικό σημείωμα.

Η αίτηση υποβολής υποψηφιότητας είναι αναρτημένη στην ηλεκτρονική διεύθυνση του Τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ. (www.med.auth.gr).

Οι ενδιαφερόμενοι, προκειμένου να υποβάλλουν υποψηφιότητα, θα πρέπει να αποστείλουν e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση mkelanto@auth.gr, **από τις 11.5.2021 έως και τις 20.5.2021, επισυνάπτοντας σε μορφή pdf:**

1. την αίτηση
2. την υπεύθυνη δήλωση
3. όλα τα ανωτέρω απαραίτητα δικαιολογητικά,

ή να τα αποστείλουν ταχυδρομικά (συστημένο ή courier), εντός της προθεσμίας, στην παρακάτω διεύθυνση με την επισήμανση «*Ακαδημαϊκοί Υπότροφοι*»:

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
 Σχολή Επιστημών Υγείας - Τμήμα Ιατρικής
 Γραμματεία (1ος όροφος, υπόψη κ. Μ. Κελαντώνη)
 Τ.Κ. 541 24
 Θεσσαλονίκη

Για οποιαδήποτε άλλη πληροφορία, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να καλούν στο 2310 999268.

Η παρούσα προκήρυξη θα αναρτηθεί στο Πρόγραμμα Διαύγεια.

Ο Πρόεδρος
 του Τμήματος Ιατρικής

(υπογραφή)*

Κυριάκος Αναστασιάδης
 Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής

*Ακριβές Αντίγραφο από το πρωτότυπο που τηρείται στο αρχείο της υπηρεσίας