



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

**Λ. Συγγρού 36-38**

**11742 ΑΘΗΝΑ**

**Τηλ. 210 9234904**

**Fax 210 9234907**

**[anasa07@otenet.gr](mailto:anasa07@otenet.gr)**

**[www.anasa.com.gr](http://www.anasa.com.gr)**

**Αθήνα, 24/09/2019**

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ  
ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ**

Η ΑΝΑΣΑ Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία υποστήριξης ατόμων που πάσχουν από Διατροφικές Διαταραχές, λειτουργεί στις εγκαταστάσεις της **Κέντρο Ημέρας**, στο οποίο απασχολείται μία διεπιστημονική ομάδα αποτελούμενη από Ψυχιάτρους, 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 Ψυχιάτρου**, με σύμβαση εξαρτημένης σχέσης εργασίας, μερικής απασχόλησης.

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

1. Αίτηση (επισυνάπτεται)
2. Βιογραφικό σημείωμα
3. Τίτλοι Σπουδών
4. Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος
5. Πιστοποιητικό εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο
6. Άδεια χρησιμοποίησης τίτλου ιατρικής ειδικότητας
7. Τριετή εργασιακή εμπειρία σε Κέντρο Ημέρας ή πενταετή, τουλάχιστον, κλινική εμπειρία σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας ή σε συναφείς κοινοτικές (μη-

ιδρυματικές) Μονάδες του ευρύτερου δημόσιου τομέα και του εξωτερικού.

#### 8. Επαγγελματική εμπειρία-Συστάσεις

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

Η υποβολή των αιτήσεων θα διαρκέσει έως την 18<sup>η</sup> Οκτωβρίου 2019 στις 17.00. Οι φάκελοι των υποψηφίων θα εξεταστούν από την επιστημονική ομάδα/επιτροπή επιλογής προσωπικού και θα κληθούν σε συνέντευξη όσοι υποψήφιοι κριθούν θετικά. Οι συνεντεύξεις θα πραγματοποιηθούν το διάστημα 21-24/10/2019 στα γραφεία της ΑΜΚΕ ΑΝΑΣΑ. Η πρόσκληση θα δημοσιευτεί ξανά εάν προκύψει ανάγκη.

Παρακαλούνται όλοι οι υποψήφιοι που επιθυμούν να εκδηλώσουν το ενδιαφέρον τους, να αποστείλουν τα απαραίτητα δικαιολογητικά σε έντυπη μορφή ταχυδρομικώς ή αυτοπροσώπως (9:00-18:00) στην διεύθυνση: «Λ. Συγγρού 36-38 Αθήνα ΤΚ 11742», Υπόψη κας Κωνσταντίνας Καρανικολού «**ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**». Τα δικαιολογητικά μπορούν επίσης να σταλούν και ηλεκτρονικά στην ηλεκτρονική δ/ση [anasa07@otenet.gr](mailto:anasa07@otenet.gr)

#### **ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Σας ενημερώνουμε πως για τον σκοπό της συμμετοχής σας στην παρούσα Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος για επιλογή Ψυχίατρου 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](mailto:contact@dpa.gr))

**ΑΙΤΗΣΗ**

**Ημερομηνία:** .... / .... / .....

**Πόλη:**.....

**Όνομα :** .....

**Επώνυμο:** .....

**Δ/νση:** .....

**Τηλέφωνο:** .....

**E-mail:** .....

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

Υποβάλλω την αίτησή μου, στο πλαίσιο της πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος της ΑΜΚΕ ΑΝΑΣΑ για την θέση του **Ψυχιάτρου** με σύμβαση εξαρτημένης σχέσης εργασίας, μερικής απασχόλησης στο Κέντρο Ημέρας του Φορέα. Συνημμένα υποβάλλονται τα παρακάτω δικαιολογητικά:

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

Ο/Η Αιτών/ούσα