

Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος Πρόσληψης Ψυχολόγου στο Κέντρο Ημέρας Ψυχικά Πασχόντων του Συλλόγου για την Ψυχική Υγεία ΣΟΨΥ Πάτρας

Το Σωματείο Μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα «Σύλλογος για τη Ψυχική Υγεία – ΣΟΨΥ Πάτρας», διαχειριστής της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης «Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ψυχικά Πασχόντων – Γέφυρες Ζωής» (βάσει της Γ3β/Γ.Π./72320) προτίθεται να προβεί στη σύναψη μίας (1) σύμβασης ορισμένου χρόνου με δυνατότητα ανανέωσης πλήρους απασχόλησης Ψυχολόγου ΠΕ για τη στελέχωση του Κέντρου Ημέρας. Αναλυτικά:

1 Θέση Ψυχολόγου (πλήρης απασχόληση)

Οι αιτήσεις υποβάλλονται, είτε αυτοπροσώπως, είτε ταχυδρομικώς, από υποψηφίους που πληρούν τις κάτωθι προϋποθέσεις, στη διεύθυνση του φορέα: Σύλλογος για την Ψυχική Υγεία, ΣΟΨΥ Πάτρας, Κανάρη 74, τκ 26222 Πάτρα, με την ένδειξη «ΘΕΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ» από Δευτέρα 2 Σεπτεμβρίου 2024 έως και 17 Σεπτεμβρίου 2024.

Απαραίτητα προσόντα:

Πτυχίο Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης τμήματος Ψυχολογίας της ημεδαπής ή αλλοδαπής αντίστοιχης ειδικότητας.

Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος.

Επιθυμητά προσόντα:

Γνώση χειρισμού Η/Υ στα αντικείμενα α) επεξεργασίας κειμένων, β) υπολογιστικών φύλλων και γ) υπηρεσιών Διαδικτύου.

Καλή γνώση αγγλικής γλώσσας.

Μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης σε αντικείμενο σχετικό με τη θέση.

Εκπαίδευση σε ψυχοθεραπευτική προσέγγιση.

Αποδεδειγμένη εργασιακή εμπειρία σχετική με τη θέση.

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ

A/A	Κριτήριο	Σημαντικότητα Κριτηρίου	Βαθμολόγηση (σε αριθμό μορίων)
1	Πτυχίο	Κριτήριο On/Off	0
2	Γνώση χειρισμού Η/Υ		5
3	Καλή γνώση αγγλικής γλώσσας		5

4	Μεταπτυχιακό δίπλωμα		15
5	Εκπαίδευση σε ψυχοθεραπευτική προσέγγιση		20
	Εμπειρία σχετική με τη θέση*		20
	Συνέντευξη		35
	Σύνολο		100

* ≥ 6 μήνες: 10, ≥ 1 έτος: 15, ≥ 2 έτη: 20

Απαραίτητα αποδεικτικά έγγραφα που θα συνοδεύουν την αίτηση:

Αίτηση για τη θέση εργασίας

Αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα

Φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας

Φωτοαντίγραφο του τίτλου σπουδών

Φωτοαντίγραφα πιστοποιητικών γνώσεων αγγλικής γλώσσας και χειρισμού Η/Υ (εάν υπάρχουν)

Φωτοαντίγραφο μεταπτυχιακού διπλώματος

Φωτοαντίγραφο αποδεικτικού εκπαίδευσης σε ψυχοθεραπευτική προσέγγιση

Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος.

Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/86, ότι δεν έχουν κώλυμα κατά το άρθρο 8 του Υπαλληλικού Κώδικα, – ότι δεν έχουν καταδικαστεί για κακούργημα ή σε οποιαδήποτε άλλη ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση, καταπίεση, απιστία περί την υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος καθ' υποτροπή, συκοφαντική δυσφήμιση, καθώς και για οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής. – ότι δεν είναι υπόδικοι και δεν έχουν παραπεμφθεί με τελεσίδικο βούλευμα για κακούργημα ή για πλημμέλημα της προηγούμενης περίπτωσης, έστω και αν το αδίκημα παραγράφηκε. – ότι δεν έχουν, λόγω καταδίκης, στερηθεί τα πολιτικά τους δικαιώματα και για όσο χρόνο διαρκεί η στέρηση αυτή, ότι δεν τελούν υπό δικαστική συμπαράσταση.

Βεβαιώσεις για την απόδειξη εργασιακής εμπειρίας (Ένσημα/ Συμβάσεις έργου)

Η επιλογή θα γίνει ύστερα από εκτίμηση των απαραίτητων, πρόσθετων προσόντων και κατόπιν συνέντευξης.

Για πληροφορίες παρακαλείσθε να επικοινωνείτε:

Δευτέρα – Παρασκευή 09.00-13.00 στο τηλέφωνο 2610621273

Υπεύθυνος επικοινωνίας: Παξινός Θεόδωρος - Επιστ. Υπεύθυνος