|  |  |
| --- | --- |
| [ethnosimo_big](http://images.google.gr/imgres?imgurl=http://www.ncsr.gr/images_web/logos/ethnosimo_big.gif&imgrefurl=http://www.ncsr.gr/anakoinoseis_det.asp?anak_id=73&h=109&w=112&sz=9&hl=el&start=15&tbnid=tmPHSeb9yPdeIM:&tbnh=84&tbnw=86&prev=/images?q=ethnosimo&gbv=2&hl=el) |  |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ | *…..Πόλη,* …-…-2019 |
| ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ |  |
| … η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ |  |
| …… Πλήρης επωνυμία Φορέα…… |  |
|  |  |

**ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟ …/……/ 2020 ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΙΔΟΧ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

Σήμερα, την ……………………(ημερομηνία)…… ημέρα …………….. στην ……….(πόλη)…………………..…… οι εξής Συμβαλλόμενοι:

**Α)** Η/Το ….……………………(πλήρης επωνυμία Φορέα) ………… που εδρεύει στ …………………………….…. (πόλη/νομός), οδός ………………………….……..…. αριθ. ……….. με Α.Φ.Μ.…………………..….……. της Δ.Ο.Υ…………………………….. και εκπροσωπείται νόμιμα από τ…ν …………………………………….….…………(ονοματεπώνυμο & ΑΔΤ νομίμου εκπροσώπου) και

**Β)** Ο/η ………………………………………………(πλήρη στοιχεία), κάτοικος …………………..… οδού …………………, αριθ. ………., με ΑΔΤ/ΑΡ.ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ ……….………………….………, με ΑΦΜ ………………. της ΔΟΥ................................, και ΑΜΚΑ........................................ …………………..…………………………, καλουμένου εφεξής ως «ο Απασχολούμενος ή Προσλαμβανόμενος»,

Έχοντας υπόψη:

1. Την Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου της 11.03.2020 - (ΦΕΚ Α' 55/11-03-2020)- Κυρώθηκε με το άρθρο 2 του Ν.4682/2020 - ΦΕΚ 46/Α/3-4-2020, και έχει ισχύ νόμου από τη δημοσίευσή της στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και ειδικότερα το άρθρο 17
2. Την Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου της 14-3-2020 (ΦΕΚ 64/Α/14-3-2020) - Κυρώθηκε με το άρθρο 3 του [Ν.4682/2020 (ΦΕΚ 46/Α/3-4-2020](https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/astheneies/nomos-4682-2020-phek-46a-3-4-2020.html))
3. Το N. 4314/2014 (ΦΕΚ 265/Α/23.12.2014) «Α) Για τη διαχείριση, τον έλεγχο και την εφαρμογή αναπτυξιακών παρεμβάσεων για την προγραμματική περίοδο 2014-2020, Β) Ενσωμάτωση της Οδηγίας 2012/17 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 13ης Ιουνίου 2012 (ΕΕ L 156/16.06.2012) στο ελληνικό δίκαιο, τροποποίηση του ν. 3419/2005 (Α 297) και άλλες διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει
4. Την αρ. πρωτ. ….. Απόφαση Υπουργείου Υγείας περί έγκρισης της προς κάλυψη θέσης
5. Την αρ. πρωτ ….…. /…-…-2020 (ΑΔΑ: ……………..) Απόφαση Πρόσληψης του Διοικητή της ….ης ΥΠΕ
6. Την αριθ. ………………. (ΑΔΑ: ………………..) Απόφαση του Περιφερειάρχη ……………….για Ένταξη της Πράξης με τίτλο «Ενίσχυση των Φορέων Υγείας με επικουρικό προσωπικό για την ανταπόκριση στις ανάγκες λόγω της επιδημίας COVID-19 στην Περιφέρεια …………………………………….» με κωδικό ΟΠΣ …………… και κωδ ΣΑΕ …………… στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Περιφέρειας «…………………….» με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, και το εγκεκριμένο Τεχνικό Δελτίο Πράξης (ΤΔΠ)
7. Την αρ. πρωτ. 1896/30-9-2020 (ΑΔΑ: 6ΛΓΟ465ΦΥΟ-6ΝΓ) Υπουργική Απόφαση με θέμα: Έγκριση Σχεδίου Υλοποίησης Δράσης με γενικό τίτλο «Ενίσχυση των Φορέων Υγείας με επικουρικό προσωπικό για την ανταπόκριση στις ανάγκες λόγω της επιδημίας COVID-19» συγχρηματοδοτούμενης από τα Ε.Π. των Περιφερειών
8. Την από …./…./2020 υπογραφείσα σύμβαση

Οι Συμβαλλόμενοι **συμφωνούν, συνομολογούν και συναποδέχονται τα ακόλουθα:**

Αντικείμενο της Σύμβασης είναι η παροχή υπηρεσιών του/της …………ονοματεπώνυμο προσληφθέντος/είσας …………………. σε θέση κλάδου ………ειδικότητα……………………. στο/στη …………………………. (πλήρης επωνυμία φορέα)…………………. με σκοπό την κάλυψη επιτακτικών αναγκών, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 17 της Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου (ΦΕΚ 55/τ.Α’/11-3-2020), ……..όποια άλλη διάταξη κρίνεται απαραίτητη…….. και όπως συγχρηματοδοτείται από την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση, Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο στο πλαίσιο του Υποέργου ……. της ενταγμένης Πράξης «Ενίσχυση των Φορέων Υγείας με επικουρικό προσωπικό για την ανταπόκριση στις ανάγκες λόγω της επιδημίας COVID-19 στην Περιφέρεια ………………………., με κωδικό ΟΠΣ ……..…………. και κωδικό ΣΑΕΠ …………..……………… Η Πράξη υλοποιείται στο πλαίσιο του Ε.Π. «………………… 2014-2020» και συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ 2014-2020. Συντονιστής Δικαιούχος είναι το Υπουργείο Υγείας/ Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ και Συνδικαιούχος είναι ……………………………. (πλήρης επωνυμία φορέα)………………….

Η/Το …………………………. (πλήρης επωνυμία φορέα)………………… υποχρεούται, σε περίπτωση διενέργειας ελέγχων, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο ισχύον θεσμικό πλαίσιο, στην ισχύουσα απόφαση ένταξης της συγχρηματοδοτούμενης πράξης και στο Σύστημα Διαχείρισης και Ελέγχου του ΕΣΠΑ 2014-2020 να συνεργαστεί με τα αρμόδια όργανα ελέγχου και να παράσχει τις απαραίτητες πληροφορίες και τα στοιχεία που τυχόν της ζητηθούν, σε σχέση με τη συμμετοχή του Απασχολούμενου στην παρούσα Πράξη και να τηρεί στο αρχείο του φακέλου του υποέργου όλα τα αποδεικτικά́ στοιχεία και δικαιολογητικά́ για την υλοποίησή της, καθώς και υπογεγραμμένο όμοιο πρωτότυπο της παρούσας σύμβασης.

Ο απασχολούμενος εφ όσον του ζητηθεί συνδράμει στην ανταπόκριση της/του …… (πλήρης επωνυμία φορέα)…….. στους θεσπισμένους ελέγχους.

Η/Το …………………………. (πλήρης επωνυμία φορέα) οφείλει να τηρεί τους κανόνες πληροφόρησης και επικοινωνίας όπως αυτοί καθορίζονται στον Καν. (ΕΕ) 1303/2013 (άρθρο 115-117 και Παράρτημα ΧΙΙ) και για την περίοδο της Προγραμματικής Περιόδου 2014-2020.

Κατά τα λοιπά ισχύει η από …… /……./2020 σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου (ΙΔΟΧ).

Η παρούσα συντάχθηκε και υπογράφηκε σε …ολογράφως ……… (…αριθμός ..) όμοια πρωτότυπα, αφού διαβάστηκε βεβαιώθηκε και υπογράφτηκε νόμιμα από τους συμβαλλόμενους. Έκαστος συμβαλλόμενος θα λάβει από ένα πρωτότυπο, το τρίτο για τον φάκελο του Υποέργου της Πράξης που τηρεί ο Φορέας Υγείας, το τέταρτο θα κατατεθεί στην … …… ………………….. και …..

**ΟΙ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΙ**

|  |  |
| --- | --- |
| **… ΔΙΟΙΚΗΤ…** | **Ο/Η ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟΣ/Η** |
| *Υπογραφή & σφραγίδα*  *Ονοματεπώνυμο* | *Υπογραφή*  *Ονοματεπώνυμο* |