



Κέρκυρα, 07/08/2025

Αριθμ. Πρωτ. 10619

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ
ΠΟΛΙΤΗ
ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΟ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ
ΚΕΡΚΥΡΑΣ**

Ταχ. Δ/ση: Κολοκοτρώνη 26ΚΔ

Ταχ. Κώδικας: 49 132

Πληροφορίες: Αλ. Κουλοπούλου

Τηλ. 2661044994

e-mail: admn.ker@sofron.gov.gr

ΠΡΟΣ

- 1) ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ /ΤΡΙΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
email: info@enne.gr
- 2) ΚΑΘΕ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟ

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΚΑΤ’
ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΙΔΙΩΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΟΥ
ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΕΡΚΥΡΑΣ**

Το Σωφρονιστικό Κατάστημα Κέρκυρας, ενδιαφέρεται να προσκαλέσει τρεις (3) κατ’επίσκεψη ιδιώτες νοσηλευτές/τριες, προκειμένου να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, για τις ανάγκες των κρατουμένων του Καταστήματος, χρονικής περιόδου **Β’ Εξαμήνου του έτους 2025**, σύμφωνα με την υπ’αριθμ. πρωτ. **15950-1/01-07-2025(ΑΔΑ:63ΗΞ46ΜΤΛΒ-ΣΝΟ)** Απόφαση δέσμευσης πίστωσης της Γ.Γ.Α.Π του Υπ.Προστασίας του Πολίτη (ΑΔΕ 2420989001).

Η αμοιβή του καθενός νοσηλευτή δεν θα υπερβαίνει σε καμία περίπτωση το ποσό των τριακοσίων ενενήντα τεσσάρων ευρώ και σαράντα ένα λεπτών (**394,41€**) μικτά μηνιαίως ή ενενήντα οκτώ ευρώ και εξήντα λεπτών (**98,60€**) μικτά ανά επίσκεψη, όπως ορίζεται με την υπ’αριθμ. ΚΥΑ 15469/20-06-2025(ΦΕΚ Β’3145). Οι ενδιαφερόμενοι για την υπηρεσία που θα παρέχουν, θα εκδίδουν Τιμολόγιο Παροχής Υπηρεσιών.

Η αμοιβή θα καταβάλλεται μόνον όταν αυτή καλύπτεται από τις επισκέψεις των ασθενών κρατουμένων που θα πραγματοποιεί ο/η νοσηλευτής/τρια στο ιατρείο του Καταστήματος στη διάρκεια του μήνα. Κάθε επίσκεψη ορίζεται σε οκτώ (8) ώρες παρεχόμενης υπηρεσίας με ελάχιστο αριθμό τεσσάρων (4) επισκέψεων το μήνα, συνολικό αριθμό τριάντα δύο (32) ωρών απασχόλησης μηνιαίως και με αμοιβή, σύμφωνα με την προηγούμενη παράγραφο.

Για λόγους προστασίας της υγείας των κρατουμένων, ο Προϊστάμενος της Διεύθυνσης του Σ.Κ. Κέρκυρας, κατά την κατάρτιση της σχετικής σύμβασης, δύναται να επανακαθορίζει τον αριθμό των επισκέψεων και τη διάρκεια κάθε επίσκεψης, σύμφωνα με τις ανάγκες του Σωφρονιστικού Καταστήματος, υπό την προϋπόθεση συμπλήρωσης του συνόλου των μηνιαίων ωρών της προηγούμενης παραγράφου.

Η καταβολή του ποσού θα γίνεται μετά την έκδοση του σχετικού παραστατικού και την διαβίβαση όλων των δικαιολογητικών από την υπηρεσία μας στο αρμόδιο Τμήμα εκκαθάρισης του Υπουργείου.

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να υποβάλλουν την αίτηση τους (επισυνάπτεται) μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά στην υπηρεσία μας, έως την **Τετάρτη 20 Αυγούστου 2025 και ώρα 10:00π.μ.**

Τα απαιτούμενα δικαιολογητικά που θα πρέπει να υποβάλουν οι ενδιαφερόμενοι, είναι τα ακόλουθα:

- 1. Αίτηση**, στην οποία να δηλώνουν ότι επιθυμούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, για τις ανάγκες των κρατουμένων του Καταστήματος, χρονικής περιόδου Β' Εξαμήνου του έτους 2025.
- 2. Πτυχίο του τίτλου σπουδών Νοσηλευτικής, (Α.Ε.Ι. ή Τ.Ε.Ι.)** και σε περίπτωση απόκτησης τίτλου σπουδών από πανεπιστήμιο του εξωτερικού, επίσημη μετάφραση αυτού στην Ελληνική Γλώσσα, καθώς και βεβαίωση (όπου απαιτείται) του ΔΟΑΤΑΠ (Πρώην ΔΙΚΑΤΣΑ) από την οποία να προκύπτει η αναγνώρισή του ως ισότιμου και αντίστοιχου με αυτά των Ελληνικών.
- 3. Άδεια ασκήσεως του Νοσηλευτικού επαγγέλματος .**
- 4. Βεβαίωση έναρξης επιτηδεύματος από την ΑΑΔΕ (** Εκτύπωση της καρτέλας «Στοιχεία Μητρώου Επιχείρησης»).
- 5. Υπεύθυνη δήλωση** ότι δεν εργάζονται στο Ε.Σ.Υ.
- 6. Φορολογική και ασφαλιστική** ενημερότητα που θα πρέπει να είναι σε ισχύ κατά το χρόνο υποβολής της.
- 7. Απόσπασμα ποινικού μητρώου** που να έχει εκδοθεί έως τρεις μήνες πριν από την υποβολή του.
- 8. Ταυτότητα μέλους της Ένωσης Νοσηλευτών/τριών Ελλάδας (Ε.Ν.Ε.),** η οποία να είναι σε ισχύ ή βεβαίωση εγγραφής ή βεβαίωση ανανέωσης εγγραφής, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 4 παρ.5 Ν.3252/2024(Για τους Νοσηλευτές των κατηγοριών ΠΕ ή ΤΕ).
- 9. Φωτοαντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας.**
- 10. Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις** ή να έχουν απαλλαγεί νόμιμα από αυτές και να μην είναι ανυπότακτοι ή να μην έχουν καταδικαστεί για λιποταξία με τελεσίδικη απόφαση (Πιστοποιητικό στρατολογίας).
- 11. Νομιμοποιητικό έγγραφο τραπεζής με το IBAN** ατομικού λογαριασμού (απλή φωτοτυπία της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου της Τράπεζας ή βεβαίωση της Τράπεζας όταν δεν εκδίδεται βιβλιάριο) και Υπεύθυνη Δήλωση με το IBAN στο οποίο θα γίνει η πληρωμή.
- 12. Οποιοδήποτε άλλο δικαιολογητικό τους ζητηθεί από την αναθέτουσα αρχή.**

Σε περίπτωση που οι συμμετέχοντες είναι περισσότεροι από το προβλεπόμενο όριο της εγκεκριμένης δαπάνης, θα πραγματοποιηθεί συνέντευξη.

Παρακαλούμε για τις δικές σας ενέργειες.

Με εντολή Υφυπουργού
Ο Προϊστάμενος Διεύθυνσης

Σταμάτιος Σουβλάκης

ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΣΥΝΑΨΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΩΣ ΙΔΙΩΤΗΣ ΚΑΤ'ΕΠΙΣΚΕΨΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

ΠΡΟΣ ΤΟ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΟ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΚΕΡΚΥΡΑΣ

Προσωπικά Στοιχεία

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Α.Δ.Τ.:

Ημερομηνία Γέννησης:

Υπηκοότητα:

Στρατιωτική Θητεία: Απαλλαγή [] Εκπληρωμένη [] Διεύθυνση Κατοικίας:

Τηλέφωνο:

Κινητό Τηλέφωνο:

E-mail:

Με την παρούσα αίτηση μου, αιτούμαι, όπως κληθώ ως κατ' επίσκεψη Νοσηλεύτης/τρια για να προσφέρω τις υπηρεσίες μου για τις ανάγκες των κρατουμένων του Σ.Κ. Κέρκυρας για το Β'Εξάμηνο του έτους 2025.

Επισυνάπτω τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.

Ο/Η Αιτών/ούσα

