



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

Τρίκαλα : **27/01/2026**

Αρ. Πρωτ.: **1788**

Ταχ. Δ/ση: ΘΕΣΗ ΜΠΑΛΚΟΥΡΑ

Τ.Κ.: 421 00, Τρίκαλα

Πληροφορίες: Γκάζας Χρήστος

Τηλέφωνο: 24310 87727

email: kktdiax@gmail.com

ΠΡΟΣ:

ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ/ΤΡΙΕΣ

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ - ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ για την για την σύναψη σύμβασης με ΠΕΝΤΕ (5) κατ' επίσκεψη νοσηλευτές :

με συνολική αμοιβή 328,68€ ανα μήνα (82,17€ κατ' επίσκεψη) για το διάστημα από την ημερομηνία σύναψης σύμβασης έως 30-06-2026.

Το Κατάστημα Κράτησης Τρικάλων , έχοντας υπόψη τις διατάξεις:

1. την παρ.3 άρθρο 27 άρθρο Ν.2776/1999 “Σωφρονιστικός Κώδικας”, όπως τροποποιήθηκε με την παρ. 4^Α του άρθρου 12 του Ν.4229/25014.
2. του Ν. 2362/1995 (ΦΕΚ Α΄247) “Περί Δημοσίου Λογιστικού, ελέγχου δαπανών του Κράτους και άλλες διατάξεις”, όπως έχει τροποποιηθεί με τον Ν.4270/2014 (ΦΕΚ Α΄143) και ισχύει.
3. του Π.Δ. 80/2016 (ΦΕΚ Β΄145) “Ανάληψη υποχρεώσεων από τους διατάκτες”.
4. τη με αρ πρωτ. : **32897-1/31-12-2025** απόφαση έγκρισης δέσμευσης πίστωσης δαπάνης της Γενικής Γραμματείας Αντεγκληματικής Πολιτικής του Υπουργείου Προστασίας του Πολίτη.
5. Την υπ’αριθ. **15469/20-06-2025** Κοινή Απόφαση (Β΄3145) με θέμα << Καθορισμός του Αριθμού, του ύψους και του ανώτατου ορίου αμοιβής των ιδιωτών νοσηλευτών που επισκέπτονται ασθενείς κρατούμενους στα Σωφρονιστικά Καταστήματα και φιλοξενούμενους στο Ίδρυμα Αγωγής Ανηλίκων Αρρένων Βόλου της Γ.Γ.Α.Π. του Υπ. Προστασίας του Πολίτη >>.

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

τους ενδιαφερόμενους/νες να υποβάλλουν αίτηση για κατάρτιση ιδιωτικού συμφωνητικού παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών με αμοιβή κατά επίσκεψη με το Σωφρονιστικό Κατάστημα Τρικάλων που εδρεύει στα Τρίκαλα , προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες του, **για χρονικό διάστημα από την υπογραφή της σύμβασης έως τις 30-06-2026.**

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ – ΓΕΝΙΚΟΙ ΟΡΟΙ

1. Αντικείμενο Ανεξάρτητων Υπηρεσιών

1.1. Ο Νοσηλευτής/τρια θα παρέχει τις ανεξάρτητες υπηρεσίες του σε κρατούμενους, σύμφωνα με τις επιστημονικές του γνώσεις, τα διδάγματα και τους κανόνες της Νοσηλευτικής επιστήμης και την επιστημονική του εμπειρία.

2. Υποχρεώσεις Νοσηλευτών

- 2.1. Ο Νοσηλευτής/τρια αναλαμβάνει να παρέχει τις υπηρεσίες στο Σωφρονιστικό Κατάστημα Τρικάλων υπέρ των κρατούμενων που χρήζουν Νοσηλευτικής Φροντίδας.
- 2.2. Ο Νοσηλευτής/τρια κατά την άσκηση των καθηκόντων του οφείλει να συνεργάζεται αρμονικά με τη Διοίκηση του Καταστήματος , τους συναδέλφους του, με την ιατρική - επιστημονική - νοσηλευτική ομάδα και το λοιπό προσωπικό (διοικητικό, βοηθητικό κ.λ.π.) του Σωφρονιστικού Καταστήματος Τρικάλων , καθώς και με τους συνεργάτες του Σωφρονιστικού Καταστήματος Τρικάλων

- 2.3. Ο Νοσηλευτής/τρια απαγορεύεται να ανακοινώνει προς οποιοδήποτε τρίτο και να δημοσιοποιεί με οποιοδήποτε τρόπο στοιχεία που αφορούν στη διοίκηση και εν γένει στη λειτουργία του Σωφρονιστικού Καταστήματος Τρικάλων.
- 2.4. Ο Νοσηλευτής/τρια απαγορεύεται να ανακοινώνει προς οποιοδήποτε τρίτο και να δημοσιοποιεί με οποιοδήποτε τρόπο στοιχεία των κρατουμένων.
- 2.5. Ο Νοσηλευτής/τρια θα επισκέπτεται το κατάστημα για παροχή των υπηρεσιών στους κρατούμενους κατ' ελάχιστο μία φορά την εβδομάδα δλδ τέσσερις φορές τον μήνα.
- 2.6. Οι μέρες και οι ώρες των επισκέψεων θα καθορίζονται από την Υπηρεσία μας και οι ιδιώτες κατ' επίσκεψη νοσηλευτές θα καλούνται με απόφαση της Προϊσταμένης της Διεύθυνσης του Σ.Κ. Τρικάλων. Κάθε επίσκεψη ορίζεται σε οχτώ (8) ώρες παρεχόμενης υπηρεσίας, με ελάχιστο αριθμό τεσσάρων (4) επισκέψεων το μήνα, συνολικό αριθμό τριάντα δύο (32) ωρών απασχόλησης μηνιαίως.

3. Αμοιβή - Οικονομικοί Όροι

- 3.1. Ρητά συμφωνείται μεταξύ των συμβαλλομένων μερών ότι θα καταβάλλεται ποσό που θα καθορίζεται σε συνάρτηση με τις επισκέψεις που θα πραγματοποιεί μέσα στη διάρκεια του μήνα, για τις οποίες η αμοιβή δεν θα υπερβαίνει το ποσό των **Τριακοσίων Είκοσι Οκτώ ευρώ και Εξήντα Οκτώ Λεπτά (328,68 €) μηνιαίως, μη συμπεριλαμβανομένης της νόμιμης παρακράτησης φόρου.**
- 3.2. Τα καταβαλλόμενα ποσά καθορίζονται από την ισχύουσα κάθε φορά σχετική Υπουργική Απόφαση (**15469/20-06-2025 ΦΕΚ 3145/20-06-2025/ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ**), κατά μήνα ενώ υπόκεινται σε όλες τις εκάστοτε ισχύουσες νόμιμες κρατήσεις.
- 3.3. **Η καταβολή του ποσού γίνεται σε μηνιαία βάση με την έκδοση του σχετικού παραστατικού** και την διαβίβαση όλων των δικαιολογητικών από την υπηρεσία μας στο Υπουργείο Προστασίας του Πολίτη.
- 3.4. Λόγω της φύσης του ιδιωτικού συμφωνητικού ως παροχή ανεξαρτήτων υπηρεσιών, τα συμβαλλόμενα μέρη ρητά συμφωνούν ότι το Σωφρονιστικό Κατάστημα Τρικάλων ουδεμία υποχρέωση έχει έναντι του Νοσηλευτή για την καταβολή μέρους ή του συνόλου των ασφαλιστικών εισφορών τους, τις οποίες υποχρεούνται να καταβάλουν ο ίδιος εξ ιδίων πόρων στους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης στους οποίους υπάγονται.

4. Λοιποί Όροι

- 4.1. Σε κάθε περίπτωση το Σωφρονιστικό Κατάστημα Τρικάλων διατηρεί το δικαίωμα να μεταβάλλει μονομερώς, σύμφωνα με τις ανάγκες περιθάλψης των κρατουμένων του, το όριο των επισκέψεων που θα πραγματοποιεί ο κάθε Νοσηλευτής/τρια καθ' όλη τη διάρκεια ισχύος του συμφωνητικού.
- 4.2. Τυχόν ακυρότητα ενός ή περισσότερων όρων του Συμφωνητικού δεν το καθιστά ολόκληρο άκυρο.
- 4.3. Οποιαδήποτε διαφορά μεταξύ του Σωφρονιστικού Καταστήματος Τρικάλων και του Νοσηλευτή/τριας θα επιλύεται συναινετικά σε πνεύμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και καλής θελήσεως. Σε περίπτωση μη συμφωνίας αρμόδια για τη δικαστική επίλυση των διαφορών των μερών ορίζονται τα Δικαστήρια των Τρικάλων.
- 4.4. Οι εν λόγω υπηρεσίες αποτελούν αποκλειστικά και μόνο παροχή ανεξάρτητων υπηρεσιών και σε καμία περίπτωση σχέση εξαρτώμενης εργασίας.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΝΤΑ

- Να μην έχουν άλλη απασχόληση στο Δημόσιο τομέα καθώς επίσης να μην ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.).
- Άδεια άσκησης επαγγέλματος Νοσηλευτή ή βεβαίωση ότι πληρούν όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του επαγγέλματος.
- Πτυχίο Νοσηλευτικής οποιασδήποτε εκπαιδευτικής βαθμίδας (ΠΕ,ΤΕ,ΔΕ) της ημεδαπής ή ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής.
- 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.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΩΝ ΤΩΝ ΠΕΝΤΕ (5) ΑΙΤΗΣΕΩΝ

Σε περίπτωση που ενδιαφερθούν περισσότεροι από πέντε υποψήφιοι/ες Νοσηλευτές-Νοσηλεύτριες κριτήριο για την επιλογή τους ορίζεται η εκπαιδευτική βαθμίδα, δηλ οι ΠΕ – ΤΕ προηγούνται των ΔΕ. Ως δεύτερο κριτήριο σε περίπτωση που υπάρξουν περισσότεροι των πέντε υποψήφιοι με τίτλο σπουδών ΠΕ-ΤΕ-ΔΕ Νοσηλευτικής είναι ο χρόνος εμπειρίας που αποκτήθηκε στην Ελλάδα και στην αλλοδαπή και αποδεικνύεται με κάθε πρόσφορο μέσο.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ

- Αντίγραφο Φορολογικής Ενημερότητας.
- Αντίγραφο Ασφαλιστικής Ενημερότητας.
- Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ / ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να υποβάλλουν την αίτηση τους (επισυνάπτεται) μαζί με τα

απαραίτητα δικαιολογητικά στην υπηρεσία μας (ή με email), έως την 02 Φεβρουαρίου 2026 ημέρα Δευτέρα και ώρα 10:00 πμ. Τα δε δικαιολογητικά που πρέπει να υποβάλλουν μαζί με την αίτηση τους, είναι τα ακόλουθα:

- Επικυρωμένο αντίγραφο του τίτλου σπουδών τους και σε περίπτωση τίτλου σπουδών από το εξωτερικό, επίσημη μετάφραση αυτού καθώς και βεβαίωση (όπου απαιτείται) του Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. (πρώην ΔΙ.ΚΑ.ΤΣΑ.) από την οποία να προκύπτει η αναγνώριση του ως ισότιμου και αντίστοιχου με αυτά των Ελληνικών.
- Πρόσφατο Πιστοποιητικό του Νοσηλευτικού Συλλόγου της περιοχής τους, στο οποίο κα πρέπει να αναφέρεται αν ο Νοσηλευτής/τρια κατέχει άλλη έμμισθη θέση και πού.
- Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας άσκησης του Νοσηλευτικού επαγγέλματος.
- Κάθε πρόσφορο μέσο απόδειξης εμπειρίας στην ειδικότητα της Νοσηλευτικής
- Πιστοποιητικό του Νοσηλευτικού Συλλόγου της περιοχής του περί έγγραφης του στα μητρώα του Συλλόγου.
- Ανακοίνωση άδειας Νοσηλευτικού Επαγγέλματος.
- Βεβαίωση έναρξης επιτηδεύματος.
- Αντίγραφο ποινικού μητρώου.
- Φωτοαντίγραφο της Αστυνομικής Ταυτότητας.
- Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν εργάζεται στο Ε.Σ.Υ.
- Υπεύθυνη δήλωση (για τους άνδρες) ότι έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις.

Με εντολή Υφυπουργού
Η Προϊσταμένη Δ/σης

Λύτσιου Μαρία

ΠΡΟΣ ΤΟ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΟ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΤΡΙΚΑΛΩΝ:

Προσωπικά Στοιχεία:

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Α.Δ.Τ.:

Ημερομηνία Γέννησης:

Υπηκοότητα:

Στρατιωτική Θητεία : Απαλλαγή Εκπληρωμένη

Πτυχίο:

Εμπειρία στην Νοσηλευτική: Έτη

.....

Μήνες.....

Ημέρες.....

Στοιχεία Αλληλογραφίας:

Διεύθυνση Κατοικίας:

Αριθμός:

Τηλέφωνο Οικίας:

Κινητό Τηλέφωνο:

E – mail:

Με την παρούσα αίτηση μου, αιτούμαι, όπως κληθώ ως κατ' επίσκεψη Νοσηλεύτ(ή)ς/τρια για να προσφέρω τις υπηρεσίες μου στους ασθενείς κρατούμενους του Σ.Κ. Τρικάλων, για το **Α' Εξάμηνο** του Έτους **2026** σύμφωνα με τους όρους της με Αρίθμ. Πρωτ. **1788/27-1-2026** Πρόσκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος Του Σ. Κ. Τρικάλων.

Επισυνάπτω τα ακόλουθα δικαιολογητικά :

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

Ο/η Αιτών/ούσα