



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ
ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΟ ΓΥΝΑΙΚΩΝ
ΕΛΕΩΝΑ ΘΗΒΩΝ

Ταχ. Δ/νση : Ελεώνας Θηβών
Ταχ. Κωδ. : 32200
Πληροφορίες : Σπανούδη Μαρία
Τηλέφωνο : 2262073031
Email : kkgeth@gmail.com

Ελεώνας: 29-01-2026
Αριθμ.Πρωτ.: 1738

Προς:

1. Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος
Βας.Σοφίας 47, Αθήνα,
TK.10676,info@enne.gr
2. Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος 5ο
Περιφερειακό Τμήμα Θεσσαλίας-Στ.
Ελλάδας, Μ.Αλεξάνδρου 16
TK.41222, email:ene5@otenet.gr
3. Τους ενδιαφερόμενους
νοσηλευτές/τριες

ΘΕΜΑ: Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την σύναψη σύμβασης οχτώ (8) κατ' επίσκεψη ιδιωτών νοσηλευτών για το Α' Εξάμηνο του έτους 2026 στο Σ.Κ. Γυναικών Ελεώνα Θηβών.

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

Ενδιαφέροντος για **ιδιώτες νοσηλευτές** του κλάδου **ΠΕ ή ΤΕ ή ΔΕ (διετούς εκπαίδευσης) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ** να υποβάλλουν στην Υπηρεσία μας αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος, σύμφωνα με το υπόδειγμα του Παραρτήματος Α', για την πλήρωση **οχτώ (8) θέσεων** κατ' επίσκεψη νοσηλευτών για την υγειονομική περίθαλψη των κρατουμένων του Σωφρονιστικού Καταστήματος Γυναικών Ελεώνα Θηβών για το Α' εξάμηνο του έτους 2026. **Επισημαίνεται ότι οι κατ' επίσκεψη νοσηλευτές δεν πρέπει να ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.).**

Η αμοιβή του καθενός νοσηλευτή δεν θα υπερβαίνει σε καμία περίπτωση το ποσό των τετρακοσίων ενενήντα δύο ευρώ και ογδόντα λεπτών **(492,80€)** μικτά μηνιαίως ή εκατόν είκοσι τριών ευρώ και είκοσι λεπτών **(123,20€)** 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. Γυναικών Ελεώνα Θηβών, κατά την κατάρτιση της σχετικής σύμβασης, δύναται να επανακαθορίζει τον αριθμό των επισκέψεων και τη διάρκεια των ωρών 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. **Η αμοιβή υπόκειται σε παρακράτηση φόρου εισοδήματος σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.**

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να υποβάλλουν την **αίτηση** τους (επισυνάπτεται) μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά στην υπηρεσία μας όπως αναγράφονται παρακάτω **πλην** ποινικού μητρώου και IBAN, τα οποία θα κατατεθούν μόνο πριν την υπογραφή της σύμβασης, έως και την **Παρασκευή 20 Φεβρουάριου 2026** και ώρα 10:00π.μ. (καταληκτική ημερομηνία) ηλεκτρονικά με **email**. **Οι κατ' επίσκεψη νοσηλευτές θα επιλεγούν με προτεραιότητα βαθμίδα εκπαίδευσης και σε περίπτωση περισσότερων της ίδιας βαθμίδας με κλήρωση .**

Πριν την υπογραφή της σχετικής σύμβασης, ο καθένας κατ' επίσκεψη νοσηλεύτριας-τρια, θα κληθεί κατόπιν πρόσκλησης να υποβάλει τα κάτωθι δικαιολογητικά:

- 1. Αίτηση**, στην οποία να δηλώνουν ότι επιθυμούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, για τις ανάγκες των κρατουμένων του Καταστήματος, για την χρονική περίοδο του Α΄ Εξαμήνου του έτους 2026.
- 2. Πτυχίο του τίτλου σπουδών Νοσηλευτικής**, 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. Απόσπασμα ποινικού μητρώου** που να έχει εκδοθεί έως τρεις μήνες πριν από την υποβολή του.
- 7. Ταυτότητα μέλους της Ένωσης Νοσηλευτών/τριών Ελλάδας (Ε.Ν.Ε.),** η οποία να είναι σε ισχύ ή βεβαίωση εγγραφής ή βεβαίωση ανανέωσης εγγραφής
- 8. Φωτοαντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας.**
- 9. 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**).
- 10. 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.

Ο Διευθυντής

Γεώργιος Μακρής

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α' - Υπόδειγμα Αίτησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

.....

Τ.Κ.:

ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

.....

E-MAIL:

ΠΡΟΣ: ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΟ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

ΕΛΕΩΝΑ ΘΗΒΑΣ

Με την παρούσα υποβάλλω αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την υγειονομική περίθαλψη (κατ' επίσκεψη) των κρατουμένων του Σωφρονιστικού Καταστήματος Γυναικών Ελεώνα Θηβών για το Α' εξάμηνο του έτους 2026, σύμφωνα με την υπ' αριθ. πρωτ. **1738/29-1-2026** Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος.

Ημερομηνία
Ο/Η Αιτών/ούσα