



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ  
ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΟ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ**

Ταχ. Δ/ση : Πλατ. Δημοκρατίας  
Ταχυδρομικό Γραφείο Δικαστικού Μεγάρου  
Τ.Κ.54 016 - Θεσσαλονίκη  
Πληροφορίες : Ξενάκη Χ. - Κολιού Ε.  
Τηλέφωνο : 2310-754410  
E-mail: [skth-ot@otenet.gr](mailto:skth-ot@otenet.gr)

Θεσσαλονίκη, 27-03-2026

Αριθμ. Πρωτ : 6607

**Π Ρ Ο Σ**

1. Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος  
Βασ. Σοφίας 47 - Τ.Κ 10676 - Αθήνα  
Email: [info@enne.gr](mailto:info@enne.gr)  
(Για τους ενδιαφερόμενους νοσηλευτές/τριες)

**ΘΕΜΑ : ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΚΑΤ' ΕΠΙΣΚΕΨΗ ( 6 ) ΙΔΙΩΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟ Α' ΕΞΑΜΗΝΟ ΤΟΥ 2026 ΣΤΟ Σ.Κ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ**

Το Σωφρονιστικό Κατάστημα Θεσσαλονίκης, ενδιαφέρεται να προσκαλέσει ( 6 ) ιδιώτες νοσηλευτές/τριες, προκειμένου να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, για τις ανάγκες των κρατουμένων του Καταστήματος και χρόνου αναφοράς το Α' Εξάμηνο του 2026, σύμφωνα με την υπ' αριθμ. 32897-1/31-12-2025 απόφαση του Υπουργείου Προστασίας του Πολίτη.

**Απαιτούμενα Δικαιολογητικά:**

**1. Αίτηση**, (επισυνάπτεται) στην οποία να δηλώνουν ότι επιθυμούν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους, για τις ανάγκες των κρατουμένων του Καταστήματος, κατά τη χρονική περίοδο του Α' Εξάμηνου του 2026.

**2. Πτυχίο Τριτοβάθμιας Νοσηλευτικής εκπαίδευσης (Α.Ε.Ι. ή Τ.Ε.Ι.).** Σε περίπτωση απόκτησης αυτού από χώρα της αλλοδαπής, θα πρέπει να συνοδεύεται από ακαδημαϊκή αναγνώριση της ισοτιμίας αυτού από τον ΔΟΑΤΑΠ (Διεπιστημονικός Οργανισμός Αναγνώρισης Τίτλων Ακαδημαϊκών και Πληροφόρησης) ή από τον ΔΙΚΑΤΣΑ (Διεπιστημονικό Κέντρο Αναγνώρισης Τίτλων Σπουδών Αλλοδαπής, για πτυχία που αποκτήθηκαν πριν τον Απρίλιο του 2005) και από μετάφραση στην Ελληνική Γλώσσα επικυρωμένο, είτε από πρόσωπο κατά νόμο αρμόδιο της χώρας στην οποία έχει συνταχθεί το έγγραφο.

**3. Ταυτότητα μέλους της Ένωσης Νοσηλευτών/τριών Ελλάδος (Ε.Ν.Ε.),** η οποία να είναι σε ισχύ ή βεβαίωση ανανέωσης εγγραφής στην Ε.Ν.Ε. του τρέχοντος έτους ή βεβαίωση εγγραφής στην Ε.Ν.Ε. για όσους εγγράφονται πρώτη φορά, η οποία να είναι σε ισχύ μέχρι το τέλος Φεβρουαρίου του επόμενου έτους από την έκδοσή της, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 4 παρ. 5 του Ν.3252/2004 (για τους Νοσηλευτές των κατηγοριών ΠΕ ή ΤΕ)

**4. Άδεια εξασκήσεως επαγγέλματος.**

**5. Απόσπασμα ποινικού μητρώου** (έκδοσης τελευταίου τριμήνου).

**6. Στρατιωτικές υποχρεώσεις εκπληρωμένες** ή να έχουν απαλλαγεί νόμιμα από αυτές (Πιστοποιητικό στρατολογίας).

**7. Φορολογική ενημερότητα** που θα πρέπει να είναι σε ισχύ κατά το χρόνο υποβολής της.

**8. Ασφαλιστική ενημερότητα** που θα πρέπει να είναι σε ισχύ κατά το χρόνο υποβολής της.

**9. Υπεύθυνη δήλωση (άρθρο 8 Ν. 1599/1986) ότι :**

- Δεν κατέχουν μόνιμη θέση στο ΕΣΥ
- Δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα που συνεπάγονται στέρηση πολιτικών δικαιωμάτων
- Τα προσκομιζόμενα δικαιολογητικά είναι αληθή

**10. Φωτοαντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας.**

**11. Νομιμοποιητικό έγγραφο Τραπέζης 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 του ζητηθεί από την αναθέτουσα αρχή**

Η Αμοιβή ορίζεται στα 493,02 € μικτά το μήνα ή 123,25 ανά επίσκεψη, όπως προβλέπεται στην ΚΥΑ 15469/20-06-2025 ( ΦΕΚ 3145/Β/20-06-2025) και θα καταβάλλεται μόνο όταν αυτή καλύπτεται από τις επισκέψεις των ασθενών-κρατουμένων που θα πραγματοποιεί ο/η νοσηλευτής/τρια στο Ιατρείο του Καταστήματος κατά τη διάρκεια του εκάστοτε ημερολογιακού μήνα. Οι ενδιαφερόμενοι για την υπηρεσία που θα παρέχουν, θα εκδίδουν τιμολόγιο παροχής υπηρεσιών.

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 και με αμοιβή, σύμφωνα με την προηγούμενη παράγραφο. Για τις επιπλέον επισκέψεις πέραν του ανώτατου ορίου, δεν θα έχει δικαίωμα αμοιβής.

Σε περίπτωση που οι συμμετέχοντες είναι περισσότεροι από το προβλεπόμενο όριο της εγκεκριμένης δαπάνης, θα διενεργηθεί αξιολόγηση των προσόντων και θα πραγματοποιηθεί συνέντευξη. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες, θα λαμβάνουν χώρα υπό τις οδηγίες των Ιατρών του Καταστήματος. Για λόγους προστασίας της υγείας των κρατουμένων, ο Προϊστάμενος της Διεύθυνσης, κατά την κατάρτιση της σχετικής σύμβασης, δύναται να επανακαθορίζει τον αριθμό των επισκέψεων και τη διάρκεια των ωρών επίσκεψης, σύμφωνα με τις ανάγκες του Σωφρονιστικού Καταστήματος, υπό την προϋπόθεση συμπλήρωσης του συνόλου των μηνιαίων ωρών απασχόλησης της προηγούμενης παραγράφου.

**Η καταληκτική ημερομηνία υποβολής αιτήσεων είναι 20/4/2026 ημέρα Δευτέρα και ώρα 12:00 πμ.** Τα ανωτέρω δικαιολογητικά θα αποστέλλονται με φάκελο με οποιοδήποτε τρόπο επί αποδείξει, με την προϋπόθεση ότι θα περιέρχονται στο Σωφρονιστικό Κατάστημα Θεσσαλονίκης έως την ανωτέρω αναγραφόμενη ώρα και ημερομηνία με ευθύνη του προσφέροντος ή ιδιοχείρως. Ενδεχόμενες καθυστερήσεις που θα οφείλονται σε οποιαδήποτε αιτία (ταχυδρομείο, διανομείς, μέσα συγκοινωνίας κλπ) και που θα έχουν ως αποτέλεσμα τη μη εμπρόθεσμη κατάθεση των δικαιολογητικών δεν θα γίνονται δεκτές και δεν θα λαμβάνονται υπόψη.

Για περισσότερες πληροφορίες οι ενδιαφερόμενοι/ες μπορούν να απευθύνονται :

Τηλ. επικοινωνίας : 2310754410 (ώρες εξυπηρέτησης 08:00 – 13:00, εργάσιμες ημέρες)

Email: [skth-ot@otenet.gr](mailto:skth-ot@otenet.gr)

Με Εντολή Υφυπουργού  
Ο Προϊστάμενος της Δ/σης

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

**ΑΙΤΗΣΗ**  
**ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**  
**ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΣΥΝΑΨΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΩΣ ΙΔΙΩΤΗΣ ΚΑΤ' ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ**

**ΠΡΟΣ ΤΟ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΟ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ :**

**ΟΝΟΜΑ:**

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:**

**Α.Δ.Τ :**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:**

**ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:**

**ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ΘΗΤΕΙΑ: ΑΠΑΛΛΑΓΗ {    } ΕΚΠΛΗΡΩΜΕΝΗ {    }**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**

**ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**

**E-mail :**

Με την παρούσα αίτησή μου, αιτούμαι, όπως κληθώ ως κατ' επίσκεψη Νοσηλεύτριά/τρια για να παρέχω τις υπηρεσίες μου για τις ανάγκες των κρατουμένων του Σ.Κ Θεσσαλονίκης για το Α' Εξάμηνο του έτους 2026.

Επισυνάπτω τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

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

Ο /Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ