



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ
ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΟ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΝΕΑΠΟΛΗΣ

Ταχ. Δ/ση: Νεάπολη, Λασιθίου

Τ.Κ.: 72400

Πληροφορίες: Βαρδιδάκης Ηλίας

Τηλέφωνο: 2841032389

Email: kkneapol@otenet.gr

Νεάπολη, 09/06/2026

Αριθ.Πρωτ.2789

ΠΡΟΣ

1. Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ - ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

για την σύναψη σύμβασης με ΔΥΟ (2) κατ' επίσκεψη νοσηλευτές με συνολική αμοιβή 328,68€ ανά νοσηλευτή και ανά μήνα (82,17€ κατ' επίσκεψη) για το διάστημα από την ημερομηνία σύναψης σύμβασης έως 31-12-2026.

Ο Διευθυντής του Σωφρονιστικού Καταστήματος Νεάπολης έχοντας υπόψη

1. Τις διατάξεις:

- i. Του ν. 4412/2016 (ΦΕΚ 147 Α'/8-8-2016) «Δημόσιες Συμβάσεις Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών (προσαρμογή στις Οδηγίες 2014/24/ΕΕ 2014/25/ΕΕ)».
- ii. Του ν. 4270/2014 (ΦΕΚ 143 Α'/28-6-2014) «περί δημοσίου λογιστικού, ελέγχου δαπανών του κράτους και άλλες διατάξεις».
- iii. Του ν. 3861/2010 (Φ.Ε.Κ. 112/Α') «περί Ενίσχυση της διαφάνειας με την υποχρεωτική ανάρτηση νόμων και πράξεων των κυβερνητικών, διοικητικών και αυτοδιοικητικών οργάνων στο διαδίκτυο "Πρόγραμμα Διαύγεια" και άλλες διατάξεις».
- iv. Του ν. 3871/10 (ΦΕΚ 141/Α') «περί Δημοσιονομικής Διαχείρισης και ευθύνης».
- v. Του ν. 4013/2011 (ΦΕΚ 204 Α'/15-09-2011) «Σύσταση Ενιαίας Ανεξάρτητης Αρχής Δημοσίων Συμβάσεων και Κεντρικού Ηλεκτρονικού Μητρώου Δημοσίων Συμβάσεων... και άλλες διατάξεις».
- vi. Του ν. 2690/1999 (ΦΕΚ 45 Α'/1999) «Κώδικας Διοικητικής Διαδικασίας».
- vii. Του Π.Δ. 81/2019 (ΦΕΚ 119 Α'/8-7-2019) «Σύσταση, συγχώνευση, μετονομασία και κατάργηση Υπουργείων και καθορισμός των αρμοδιοτήτων τους - Μεταφορά υπηρεσιών και αρμοδιοτήτων μεταξύ Υπουργείων».
- viii. Του Π.Δ. 80/2016 «Ανάληψη υποχρεώσεων από τους διατάκτες».
- ix. Της με αριθμ. 76928 (Β' 3075/13.7.2021) Κοινής Απόφασης των Υπουργών Ανάπτυξης και Επενδύσεων και Επικρατείας «Ρύθμιση ειδικότερων θεμάτων λειτουργίας και διαχείρισης του Κεντρικού Ηλεκτρονικού Μητρώου Δημοσίων Συμβάσεων (ΚΗΜΔΗΣ)».
- x. Της με αριθμ. 4298/2020 (ΦΕΚ 938 Β'/20-3-2020) απόφασης του Υφυπουργού

απασχόλησης της προηγούμενης παραγράφου. Η αμοιβή υπόκειται σε παρακράτηση φόρου εισοδήματος σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.

Πριν την έκδοση της απόφασης ανάθεσης και την υπογραφή της σχετικής σύμβασης, ο καθένας κατ' επίσκεψη νοσηλευτής, θα κληθεί κατόπιν πρόσκλησης να υποβάλει τα κάτωθι δικαιολογητικά:

1. 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.
2. Αντίγραφο άδειας άσκησης νοσηλευτικού επαγγέλματος
3. Βεβαίωση ιδιότητας μέλους της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος (Ε.Ν.Ε.) σε ισχύ
4. Βεβαίωση έναρξης επιτηδεύματος
5. Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν εργάζεται στο Ε.Σ.Υ.
6. Φορολογική ενημερότητα
7. Ασφαλιστική ενημερότητα
8. Απόσπασμα ποινικού μητρώου
9. Φωτοαντίγραφο της Αστυνομικής Ταυτότητας.
10. Υπεύθυνη δήλωση (για τους άνδρες) ότι έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις.

Εάν κάποιος δεν προσκομίσει τα ανωτέρω δικαιολογητικά ή δεν προσέλθει να υπογράψει τη σύμβαση, μέσα στις προθεσμίες που θα ορίζονται στη σχετική πρόσκληση, η ανάθεση θα γίνει στον επόμενο ενδιαφερόμενο που θα προκύψει από την κλήρωση.

Περίπτώσεις που δεν ρυθμίζονται από τους όρους της παρούσας πρόσκλησης, θα διέπονται από τις διατάξεις του ν. 4412/2016 όπως ισχύει. Κατά την εκτέλεση της σύμβασης εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν. 4412/2016, οι όροι της παρούσας πρόσκλησης και συμπληρωματικά ο Αστικός Κώδικας.

Η υποβολή αίτησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος αποτελεί τεκμήριο πλήρους και ανεπιφύλακτης αποδοχής των όρων της παρούσας.



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

ΠΡΟΣ ΤΟ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΟ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΝΕΑΠΟΛΗΣ, ΛΑΣΙΘΙΟΥ:

Επώνυμο:
Όνομα:
Όνομα Πατρός:
Α.Δ.Τ.:
Ημερομηνία Γέννησης:
Υπηκοότητα:
Στρατιωτική Θητεία : Απαλλαγή Εκπληρωμένη
Πτυχίο:
Διεύθυνση Κατοικίας: Αριθμός:
Τηλέφωνο Οικίας:
Κινητό Τηλέφωνο:
E - mail:

Με την παρούσα αίτηση μου, αιτούμαι, όπως κληθώ ως κατ' επίσκεψη Νοσηλεύτης/τρια για να προσφέρω τις υπηρεσίες μου στους ασθενείς κρατούμενους του Σ.Κ. Νεάπολης, για το Β' Εξάμηνο του Έτους 2026 σύμφωνα με τους όρους της με Αριθμ. Πρωτ. 2789/9-6-2026 Πρόσκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος Του Σ. Κ. Νεάπολης.

Επισυνάπτω τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

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

Ο/η Αιτών/ούσα