

26PROC019251481 2026-06-17



Κέρκυρα, 16/06/2026

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 (CPV:85141200-1) Β' ΕΞΑΜΗΝΟΥ ΕΤΟΥΣ 2026 ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΟΥ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΕΡΚΥΡΑΣ

Το Σωφρονιστικό Κατάστημα Κέρκυρας, ενδιαφέρεται να προσκαλέσει τρεις (3) κατ'έπισκεψη ιδιώτες νοσηλεύτριες, προκειμένου να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, για τις ανάγκες των κρατουμένων του Καταστήματος, χρονικής περιόδου **Β' Εξαμήνου του έτους 2026**, σύμφωνα με την υπ' αριθμ. πρωτ. **32897-2/04-06-2026 (ΑΔΑ:Ψ6Ι546ΜΤΛΒ-Φ78)** Απόφαση δέσμευσης πίστωσης της Γ.Γ.Α.Π του Υπ. Προστασίας του Πολίτη (**ΑΔΕ 2420989001**).

Η αμοιβή του καθενός νοσηλεύτη 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 νοσηλεύτής/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 **Τρίτη 30 Ιουνίου 2026 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 2026.

2. **Πτυχίο του τίτλου σπουδών Νοσηλευτικής, (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 (Διαπανεπιστημιακό Κέντρο Αναγνώρισης Τίτλων Σπουδών Αλλοδαπής, για πτυχία που αποκτήθηκαν πριν τον Απρίλιο του 2005) και από μετάφραση στην Ελληνική Γλώσσα επικυρωμένο, είτε από πρόσωπο αρμόδιο κατά τις κείμενες διατάξεις της εθνικής νομοθεσίας είτε από πρόσωπο κατά νόμο αρμόδιο της χώρας στην οποία έχει συνταχθεί το έγγραφο.
3. **Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος.**
4. **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 για 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/τριες των κατηγοριών ΠΕ ή ΤΕ)
5. **Βεβαίωση έναρξης επιτηδεύματος από την ΑΑΔΕ** (Εκτύπωση της καρτέλας «Στοιχεία Μητρώου Επιχείρησης»).
6. **Υπεύθυνη δήλωση** ότι δεν εργάζονται στο Ε.Σ.Υ.
7. **Καρτέλα “Στοιχεία Μητρώου/Επιχείρησης”** από την ηλεκτρονική πλατφόρμα της Ανεξάρτητης Αρχής Δημοσίων Εσόδων, όπως αυτά εμφανίζονται στο taxinet, από την οποία να προκύπτει η μη αναστολή της επιχειρηματικής δραστηριότητάς τους και ο Κωδικός Αριθμός Δραστηριότητας (ΚΑΔ).
8. **Φορολογική και ασφαλιστική ενημερότητα** που θα πρέπει να είναι σε ισχύ κατά το χρόνο υποβολής της.
9. **Απόσπασμα ποινικού μητρώου** που να έχει εκδοθεί έως τρεις μήνες πριν από την υποβολή του.
10. **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).
11. **Φωτοαντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας.**
12. **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).
13. **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.
14. **Οποιοδήποτε άλλο δικαιολογητικό τους ζητηθεί από την αναθέτουσα αρχή.**

Τα δικαιολογητικά θα αποστέλλονται , στο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο του Καταστήματός μας, e-mail: adm.ker@sofron.gov.gr

26PROC019251481 2026-06-17

(Τα πρωτότυπα δικαιολογητικά θα προσκομιστούν σε μεταγενέστερο χρόνο κατά την υπογραφή της σύμβασης) .

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

Μεεντολή 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 2026.

Επισυνάπτω τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

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

Ο/Η Αιτών/ούσα

26PROC019251481 2026-06-17