ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΩΔΙΚΟ ΘΕΣΗΣ: 09

ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ 1/2020 ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΩΝΥΜΙΑ «ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ – ΤΟ ΠΕΡΙΒΟΛΑΚΙ»

|  |
| --- |
| Ημ/νια Παραλαβής:……………………………………Αρ. Πρωτοκόλλου:…………………………………….[συμπληρώνεται από το φορέα πρόσληψης] |

**Α. ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΟΔΗΓΟΣ**

**ΚΩΔΙΚΟΣ ΘΕΣΗΣ (σύμφωνα με την Πρόσκληση): 09**

**Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

ΟΝΟΜΑ: ………………………………………………………………………………………………………………………………………

ΕΠΩΝΥΜΟ:……………………………………………………………………………………………………………………………………

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: …………………………………………………………….…………………………..……………………………...

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :…………………..……………………………..……………………….………………………………

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : …………………………………………………….………………………………………………………….

 (οδός, αριθμός, ταχ. κώδικας, πόλη)

ΤΗΛΕΦΩΝA: …………………………………..…………………………………………………………………………………………. E-MAIL: ………………………………………………………………..………………………………………………………..…………….

Εκπληρωμένες στρατιωτικές υποχρεώσεις ή νόμιμη απαλλαγή (για άνδρες υποψήφιους):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΝΑΙ** |  |  | **ΟΧΙ** |  |

**Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΣΗΜΕΙΩΜΑΤΟΣ**

1. **ΣΠΟΥΔΕΣ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ** | **ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ** | **ΒΑΘΜΟΣ** |
|  |  |  |

1. **Προηγούμενη έμμισθη επαγγελματική εμπειρία/εργασία ως επαγγελματίας οδηγός λεωφορείου (με επαγγελματική άδεια οδήγησης Δ) σε μονάδες Ψυχική Υγείας ν.2716/99**

 **(Συνολική διάρκεια σε μήνες\*: ………………………)**

*\*(η διαφορετική αποτύπωση της διάρκειας θα λάβει τη χαμηλότερη βαθμολογία)*

ΘΕΣΗ:………………………………………………………………………………….………………………………………………………………..

ΦΟΡΕΑΣ:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ΠΕΡΙΟΔΟΣ:………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

ΘΕΣΗ:………………………………………………………………………………….………………………………………………………………..

ΦΟΡΕΑΣ:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ΠΕΡΙΟΔΟΣ:………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

ΘΕΣΗ:………………………………………………………………………………….………………………………………………………………..

ΦΟΡΕΑΣ:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ΠΕΡΙΟΔΟΣ:………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

ΘΕΣΗ:………………………………………………………………………………….………………………………………………………………..

ΦΟΡΕΑΣ:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ΠΕΡΙΟΔΟΣ:………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

ΘΕΣΗ:………………………………………………………………………………….………………………………………………………………..

ΦΟΡΕΑΣ:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ΠΕΡΙΟΔΟΣ:………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

ΘΕΣΗ:………………………………………………………………………………….………………………………………………………………..

ΦΟΡΕΑΣ:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ΠΕΡΙΟΔΟΣ:………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

ΘΕΣΗ:………………………………………………………………………………….………………………………………………………………..

ΦΟΡΕΑΣ:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ΠΕΡΙΟΔΟΣ:………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

ΘΕΣΗ:………………………………………………………………………………….………………………………………………………………..

ΦΟΡΕΑΣ:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ΠΕΡΙΟΔΟΣ:………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

ΘΕΣΗ:………………………………………………………………………………….………………………………………………………………..

ΦΟΡΕΑΣ:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ΠΕΡΙΟΔΟΣ:………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

ΘΕΣΗ:………………………………………………………………………………….………………………………………………………………..

ΦΟΡΕΑΣ:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ΠΕΡΙΟΔΟΣ:………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

1. **Προηγούμενη έμμισθη επαγγελματική εμπειρία/εργασία ως επαγγελματίας οδηγός λεωφορείου (με επαγγελματική άδεια οδήγησης Δ) σε λοιπές μονάδες φροντίδας**

 **(Συνολική διάρκεια σε μήνες\*: ………………………)**

*\*(η διαφορετική αποτύπωση της διάρκειας θα λάβει τη χαμηλότερη βαθμολογία)*

ΘΕΣΗ:………………………………………………………………………………….………………………………………………………………..

ΦΟΡΕΑΣ:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ΠΕΡΙΟΔΟΣ:………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

ΘΕΣΗ:………………………………………………………………………………….………………………………………………………………..

ΦΟΡΕΑΣ:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ΠΕΡΙΟΔΟΣ:………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

ΘΕΣΗ:………………………………………………………………………………….………………………………………………………………..

ΦΟΡΕΑΣ:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ΠΕΡΙΟΔΟΣ:………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

**4. Προηγούμενη εθελοντική εργασία σε συναφείς φορείς Ψυχικής Υγείας (Ν. 2716/1999) ή σε δομές με λοιπές ευάλωτες ομάδες παιδιών - εφήβων**

**(Συνολική διάρκεια σε μήνες\*: ………………………)**

*\*(η διαφορετική αποτύπωση της διάρκειας θα λάβει τη χαμηλότερη βαθμολογία)*

ΘΕΣΗ:………………………………………………………………………………….………………………………………………………………..

ΦΟΡΕΑΣ:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ΠΕΡΙΟΔΟΣ:………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

ΘΕΣΗ:………………………………………………………………………………….………………………………………………………………..

ΦΟΡΕΑΣ:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ΠΕΡΙΟΔΟΣ:………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

ΘΕΣΗ:………………………………………………………………………………….………………………………………………………………..

ΦΟΡΕΑΣ:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ΠΕΡΙΟΔΟΣ:………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

**5. ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ**

**ΑΛΛΟ ΠΕΔΙΟ ΑΠΟΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΠΟΙΗΣΗΣ Ή ΠΡΟΣΟΝΤΟΣ**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Παρακαλώ να κάνετε δεκτή την αίτηση μου, για την οποία δεσμεύομαι ότι όλα τα δηλωθέντα στοιχεία είναι ακριβή και αληθή. Δεσμεύομαι ότι σε περίπτωση επιλογής μου θα προσκομίσω όπως μου ζητηθεί όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά / αποδεικτικά των ως άνω δηλωθέντων στοιχείων. Αναγνωρίζω ότι η μετά από διασταύρωση απόδειξη μη εγκυρότητας ενός ή περισσοτέρων εκ των ως άνω δικαιολογητικών ή στοιχείων επιφέρει τον αποκλεισμό της υποψηφιότητας μου από τη διαδικασία επιλογής προσωπικού χωρίς δικαίωμα ένστασης ή άλλη ευθύνη ικανοποίησης προς το πρόσωπό μου από τον φορέα υλοποίησης.

Ημερομηνία: …………………………………..

Τόπος: …………………………………………….

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Ονοματεπώνυμο