



**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ  
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ 2/2022**

Ημ/νια Παραλαβής:.....

Αρ. Πρωτοκόλλου:.....  
[συμπληρώνεται από το φορέα πρόσληψης]

**Α. ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:** .....

**Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ [συμπληρώστε με κεφαλαία γράμματα]**

ΟΝΟΜΑ: .....

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: .....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: .....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : .....

(οδός, αριθμός, ταχ. κώδικας, πόλη)

ΤΗΛΕΦΩΝΑ: .....

E-MAIL: .....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: .....

ΑΦΜ :..... ΑΜΚΑ: .....





**Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΣΗΜΕΙΩΜΑΤΟΣ**

**1. ΣΠΟΥΔΕΣ**

**1.1 ΒΑΣΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ (ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΤΥΠΙΚΟ ΠΡΟΣΩΝ)**

<b>ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ</b>	<b>ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ</b>	<b>ΕΤΟΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ</b>

**1.2 ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ**

<b>ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ</b>	<b>ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ</b>	<b>ΕΤΟΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ</b>

**1.3 ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ**

<b>ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ / ΠΕΔΙΟ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ</b>	<b>ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ</b>	<b>ΕΤΟΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ</b>

**2. ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ**

<b>ΝΑΙ</b>	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

<b>ΟΧΙ</b>	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

Ημερομηνία/Αριθμός:.....





**3. ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**

Προηγούμενη επαγγελματική εργασιακή εμπειρία στο αντικείμενο της  
αιτούμενης θέσης εργασίας  
(Συνολική διάρκεια σε μήνες: .....)

ΘΕΣΗ:.....

ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:..... ΕΩΣ:.....

ΘΕΣΗ:.....

ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:..... ΕΩΣ:.....

ΘΕΣΗ:.....

ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:..... ΕΩΣ:.....

ΘΕΣΗ:.....

ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:..... ΕΩΣ:.....

**4. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (εφόσον υπάρχει):**

Προηγούμενη επαγγελματική εργασιακή εμπειρία στο αντικείμενο της  
αιτούμενης θέσης εργασίας με παιδιά και εφήβους  
(Συνολική διάρκεια σε μήνες: .....)

ΘΕΣΗ:.....

ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:..... ΕΩΣ:.....

ΘΕΣΗ:.....

ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:..... ΕΩΣ:.....





**4. Προηγούμενη Εθελοντική παροχή υπηρεσιών**

(Συνολική διάρκεια σε μήνες: .....)

ΘΕΣΗ:.....

ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:..... ΕΩΣ:.....

ΘΕΣΗ:.....

ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:..... ΕΩΣ:.....

ΘΕΣΗ:.....

ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:..... ΕΩΣ:.....

**5. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ / ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ (εφόσον**

**υπάρχει):** Αποδεδειγμένη εκπαίδευση σε οποιαδήποτε επιπρόσθετη  
ψυχοθεραπευτική προσέγγιση από πιστοποιημένο εκπαιδευτικό Φορέα

(Συνολική διάρκεια σε ώρες: .....)

ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΠΕΡΙΟΔΟΣ:.....

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΩΡΕΣ: .....

**6. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΓΝΩΣΗ ΧΕΙΡΙΣΜΟΥ Η/Υ :** .....

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ: .....

**7. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΓΝΩΣΗ ΞΕΝΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ** .....

ΠΤΥΧΙΟ/Α: .....

**8. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΥΠΑΛΛΗΛΟ: Δίπλωμα οδήγησης.....**





**9. Διαθέτω:**

βεβαίωση εμβολιασμού κατά covid19

βεβαίωση νόσησης covid19

**10. Πληρώ το κριτήριο της εντοπιότητας:**

Συμπληρώστε στοιχεία μόνιμης κατοικίας και έγγραφο αποδεικτικό (λογαριασμός, μισθωτήριο, έγγραφο δημοτολογίου) που θα προσκομίσετε στην περίπτωση που επιλεγείτε

.....  
.....

Παρακαλώ να κάνετε δεκτή την αίτηση μου, για την οποία δεσμεύομαι ότι όλα τα δηλωθέντα στοιχεία είναι ακριβή και αληθή και η συμμετοχή μου πληροί τις λοιπές προϋποθέσεις της πρόσκλησης. 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 περισσότερων 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**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ**

