



ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ  
2/2026 για το  
Κέντρο Ημέρας παιδιών κι εφήβων για την αντιμετώπιση του αυτισμού  
και των διάχυτων διαταραχών της ανάπτυξης

Ημ/νια Παραλαβής:.....

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

Α. ΚΩΔΙΚΟΣ ΘΕΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: .....

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) ΚΡΙΤΗΡΙΟ **ON/OFF**

| ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ | ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ<br>ΙΔΡΥΜΑ | ΕΤΟΣ<br>ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ |
|----------------|------------------------|-------------------|
|                |                        |                   |
|                |                        |                   |





## 1.2 ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ

| ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ | ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ<br>ΙΔΡΥΜΑ | ΕΤΟΣ<br>ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ |
|------------------------------|------------------------|-------------------|
|                              |                        |                   |

## 2. ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ON/OFF

|                                   |  |     |  |
|-----------------------------------|--|-----|--|
| ΝΑΙ                               |  | ΟΧΙ |  |
| Χρησιμοποιείτε σύμβολο όπως V ή X |  |     |  |

Ημερομηνία/Αριθμός:.....

## 3. Α.ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ-ΚΡΙΤΗΡΙΑ ON/OFF ΚΩΔ. ΘΕΣΗΣ 01

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία <u>τουλάχιστον έξι μηνών</u> (μισθωτή ή/και σύμβαση έργου) ως ψυχολόγος σε Μονάδες του Ν.2716/99                                                                                                                                                                   |
| ΝΑΙ / ΟΧΙ:                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία <u>τουλάχιστον ενός χρόνου</u> (μισθωτή ή/και σύμβαση έργου) ως ψυχολόγος σε κοινοτικές μη ιδρυματικές δομές ψυχικής υγείας ή/και σε μονάδες με λοιπές ευάλωτες κοινωνικές ομάδες δημόσιου ή και ιδιωτικού τομέα ή /και ΟΤΑ Α' -Β' βαθμού είτε με γενικό πληθυσμό. |
| ΝΑΙ / ΟΧΙ:                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

## Β.ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ-ΚΡΙΤΗΡΙΑ ON/OFF ΚΩΔ. ΘΕΣΗΣ 02

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία <u>τουλάχιστον ενός χρόνου</u> (μισθωτή ή/και σύμβαση έργου) ως ψυχολόγος σε κοινοτικές μη ιδρυματικές δομές ψυχικής υγείας ή/και σε μονάδες με λοιπές ευάλωτες κοινωνικές ομάδες δημόσιου ή και ιδιωτικού τομέα ή /και ΟΤΑ Α' -Β' βαθμού είτε με γενικό πληθυσμό. |
| ΝΑΙ / ΟΧΙ:                                                                                                                                                                                                                                                                                            |



**Γ. Προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία σε Μονάδες του Ν.2716/99.**

**(Συνολική διάρκεια σε μήνες: .....)**

ΘΕΣΗ:.....

ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:.....ΕΩΣ:.....

ΜΟΡΦΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ: ΕΜΜΙΣΘΗ ΘΕΣΗ ή ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ/ΕΡΓΟΥ

ΘΕΣΗ:.....

ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΜΟΡΦΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ: ΕΜΜΙΣΘΗ ΘΕΣΗ ή ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ/ΕΡΓΟΥ

ΑΠΟ:.....ΕΩΣ:.....

ΘΕΣΗ:.....

ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:.....ΕΩΣ:.....

ΜΟΡΦΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ: ΕΜΜΙΣΘΗ ΘΕΣΗ ή ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ/ΕΡΓΟΥ

3

**Δ. Προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία σε κοινοτικές μη ιδρυματικές δομές  
ψυχικής υγείας ή/και σε μονάδες με λοιπές ευάλωτες κοινωνικές ομάδες δημόσιου ή  
και ιδιωτικού τομέα ή /και ΟΤΑ Α' -Β' βαθμού καθώς και προϋπηρεσία με γενικό  
πληθυσμό.**

**(Συνολική διάρκεια σε μήνες: .....)**

ΘΕΣΗ:.....

ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:.....ΕΩΣ:.....

ΜΟΡΦΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ: ΕΜΜΙΣΘΗ ΘΕΣΗ ή ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ/ΕΡΓΟΥ

ΘΕΣΗ:.....

ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:.....ΕΩΣ:.....

ΜΟΡΦΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ: ΕΜΜΙΣΘΗ ΘΕΣΗ ή ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ/ΕΡΓΟΥ





ΘΕΣΗ:.....

ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:.....ΕΩΣ:.....

ΜΟΡΦΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ: ΕΜΜΙΣΘΗ ΘΕΣΗ ή ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ/ΕΡΓΟΥ

ΘΕΣΗ:.....

ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:.....ΕΩΣ:.....

ΜΟΡΦΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ: ΕΜΜΙΣΘΗ ΘΕΣΗ ή ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ/ΕΡΓΟΥ

- 4. Αποδεδειγμένη εκπαίδευση σε οποιαδήποτε επιπρόσθετη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση από πιστοποιημένο εκπαιδευτικό φορέα**

ΤΙΤΛΟΣ:.....

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:.....ΕΩΣ:.....

4

- 5. Α. Εκπαιδευτικά προγράμματα (ετήσια) συναφή με τον πληθυσμό στόχο του Κέντρου Ημέρας**

ΤΙΤΛΟΣ:.....

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:.....ΕΩΣ:.....ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ:.....

ΤΙΤΛΟΣ:.....

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:.....ΕΩΣ:.....ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ:.....

- Β. Εκπαιδευτικά προγράμματα (≥ 60 ωρών) συναφή με τον πληθυσμό στόχο του Κέντρου Ημέρας.**

ΤΙΤΛΟΣ:.....

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:.....



ΑΠΟ:.....ΕΩΣ:.....ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ:.....

ΤΙΤΛΟΣ:.....

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:.....ΕΩΣ:.....ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ:.....

**Γ. Εκπαίδευση σε χοροθεραπεία, μουσικοθεραπεία (για κωδικό θέσης 02-  
ψυχολόγους μερικής απασχόλησης)**

ΤΙΤΛΟΣ:.....

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:.....ΕΩΣ:..... ΒΑΘΜΟΣ:.....

**4. Άλλο πεδίο αποδεδειγμένης επαγγελματικής ή και ερασιτεχνικής - κοινωνικής  
δραστηριοποίησης ή προσόντος (για ψυχολόγο πλήρους απασχόλησης)**

.....  
.....  
.....

5

**5. Προηγούμενη Εθελοντική παροχή υπηρεσιών**

**(Συνολική διάρκεια σε μήνες: .....)**

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ .....

ΦΟΡΕΑΣ-MONΑΔΑ:.....

ΑΠΟ:.....ΕΩΣ:.....

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ .....

ΦΟΡΕΑΣ-MONΑΔΑ:.....

ΑΠΟ:.....ΕΩΣ:.....

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ .....

ΦΟΡΕΑΣ-MONΑΔΑ:.....

ΑΠΟ:.....ΕΩΣ:.....

**6. ΓΝΩΣΗ ΧΕΙΡΙΣΜΟΥ Η/Υ :** .....

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ: .....





7. ΓΝΩΣΗ ΞΕΝΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ .....

ΠΤΥΧΙΟ/Α: .....

8. Εκπλήρωση στρατιωτικών υποχρεώσεων ή νόμιμη απαλλαγή (ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΝΔΡΕΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥΣ)

Κυκλώστε αυτό που ισχύει:    ΝΑΙ        ΌΧΙ

Παρακαλώ να κάνετε δεκτή την αίτηση μου, για την οποία βεβαιώνω ότι όλα τα δηλωθέντα στοιχεία είναι ακριβή και αληθή και η συμμετοχή μου ανταποκρίνεται στους όρους και προϋποθέσεις της πρόσκλησης τους οποίους αποδέχομαι. Δεσμεύομαι ότι σε περίπτωση επιλογής μου θα προσκομίσω όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά / αποδεικτικά των ως άνω δηλωθέντων στοιχείων που θα ζητηθούν από τον φορέα. 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. Δεσμεύομαι επίσης, στην περίπτωση που προκριθώ και επιλεγώ, ότι η διαμονή μου στην περιοχή θα διασφαλίζει την εγγύτητα για προσέλευση στην εργασία μου στο Κέντρο Ημέρας.

6

Ημερομηνία: .....

Τόπος: .....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

