



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: 03 – Γενικών Καθηκόντων ΠΕ/ΤΕ

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 ΙΔΡΥΜΑ	ΕΤΟΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ



--	--	--

1.2 ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ	ΕΤΟΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ

3. Α.ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ-ΚΡΙΤΗΡΙΑ **ON/OFF** ΚΩΔ. ΘΕΣΗΣ 03

Αποδεδειγμένη επαγγελματική εμπειρία τουλάχιστον έξι (6) μηνών σε κοινοτικές μονάδες ψυχικής υγείας παιδιών κι εφήβων ή αποδεδειγμένη επαγγελματική εμπειρία ενός (1) έτους σε λοιπές Μονάδες Ψυχικής Υγείας του ν. 2716/99 ή σε μονάδες δημόσιου ή και ιδιωτικού τομέα ή /και ΟΤΑ Α΄ -Β΄ βαθμού.

ΝΑΙ / ΟΧΙ:

2

4. Αποδεδειγμένη επαγγελματική εμπειρία σε κοινοτικές μονάδες ψυχικής υγείας παιδιών κι εφήβων

(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

**5. Αποδεδειγμένη επαγγελματική εμπειρία σε μονάδες κοινοτικής ψυχιατρικής
2716/99 ή/και σε κοινοτικές δομές (μη ιδρυματικές) ψυχικής υγείας ή/και κοινοτικές
μονάδες δημοσίου ή /και ΟΤΑ Α' -Β' βαθμού που εξυπηρετούν είτε πολίτες/παιδιά
που εμπίπτουν σε ευάλωτες-απειλούμενες κοινωνικές ομάδες είτε 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

**6.Εκπαιδευτικά σεμινάρια συναφή με την ψυχική υγεία ή και τον πληθυσμό στόχο
του Κέντρου Ημέρας**

ΤΙΤΛΟΣ:.....

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:.....ΕΩΣ:.....ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ:.....

ΤΙΤΛΟΣ:.....

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:.....

ΑΠΟ:.....ΕΩΣ:.....ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ:.....



4. Πεδίο αποδεδειγμένου γνωστικού αντικειμένου/δεξιότητας (θα συνεκτιμηθούν γνώσεις διοίκησης-λογιστικής -στατιστικής καταχώρησης/ επεξεργασίας)

.....

.....

.....

5. Προηγούμενη Εθελοντική παροχή υπηρεσιών

(Συνολική διάρκεια σε μήνες:)

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

ΦΟΡΕΑΣ-ΜΟΝΑΔΑ:.....

ΑΠΟ:.....ΕΩΣ:.....

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

ΦΟΡΕΑΣ-ΜΟΝΑΔΑ:.....

ΑΠΟ:.....ΕΩΣ:.....

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

ΦΟΡΕΑΣ-ΜΟΝΑΔΑ:.....

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 περισσότερων εκ των ως άνω δικαιολογητικών ή στοιχείων επιφέρει τον αποκλεισμό της υποψηφιότητάς 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.

Ημερομηνία:

Τόπος:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ