



ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

<u>ΚΩΔΙΚΟΣ ΘΕΣΗΣ</u>	<u>ΓΥΜΝ – ΕΙΔ.ΑΓ.</u>
----------------------	-----------------------

ΕΠΙΣΥΝΑΨΤΕ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΡΟΣΟΧΗ: (1) Όλα τα πεδία με αστερίσκο (*) συμπληρώνονται ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ.

Η μη συμπλήρωσή τους συνιστά λόγο ακύρωσης της αίτησης

(2) Για την ακρίβεια των στοιχείων αποκλειστική ευθύνη φέρει ο/η υποψήφιος/α

(3) Η μη συμπλήρωση στοιχείων θα θεωρηθεί ως έλλειψη αυτών

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (συμπληρώστε με κεφαλαία)

Επώνυμο (*)	:			
Όνομα (*)	:			
Όνομα πατρός (*)	:			
Επώνυμο και όνομα μητέρας (*)	:			
Ημερομηνία γέννησης (*)	:			
(ημέρα / μήνας / έτος)				
Στοιχεία Δελτίου ταυτότητας (*)	:	Αριθμός:	Εκδ. αρχή:	Ημερ. έκδοσης:
Οικογενειακή Κατάσταση (*)	:			
Αριθμός προστατευόμενων τέκνων (*)	:			
Στρατιωτικές υποχρεώσεις	:	Εκπληρωμένες	Μη υπόχρεος με νόμιμη απαλλαγή	Ημ/νία απολύσεως /απαλλαγής
(για τους άνδρες υποψήφιους) (*)				

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας (*)	:			
(οδός, αριθμός, περιοχή, ΤΚ)				
Τηλέφωνα επικοινωνίας (*)	:			
(σταθερό, κινητό)				
Ηλεκτρονική Διεύθυνση (e-mail)	:			



ΣΠΟΥΔΕΣ (αναφέρατε έτος απόκτησης τίτλων, εκπαιδευτικό ίδρυμα, τίτλους πτυχίων / κατεύθυνση και τυχόν ισοτιμίες.) *

Α/Α	ΕΤΟΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΤΙΤΛΟΥ ΣΠΟΥΔΩΝ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ	ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ	ΒΑΘΜΟΣ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ (αναφέρατε διάστημα απασχόλησης -με ασφαλιστική κάλυψη σε κύρια ασφαλ. ταμεία-, επωνυμία εργοδότη, ειδικότητα / αντικείμενο / τίτλο θέσης) *

Α/Α	ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ *

ΑΓΓΛΙΚΑ :		ΝΑΙ	ΟΧΙ
	Επίπεδο Β2		
	Επίπεδο Β1		
	Επίπεδο Γ2		
	Επίπεδο Γ1		
	Τίτλος σπουδών Αγγλόφωνου Πανεπιστημίου Εξωτερικού		



**ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ - Δ.Α.Δ. Ν. Καστοριάς**

Εταιρεία Προστασίας Ατόμων με Αυτισμό Δ.Α.Δ. Ν. Καστοριάς
Εθνικό Μητρώο Φορέων Ιδιωτικού Τομέα Μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα
που παρέχουν υπηρεσίες Κοινωνικής Φροντίδας

ΑΜ: 03204ΣΥΤ11096038N-0911

Ειδικό Μητρώο Εθελοντικών μη Κυβερνητικών Οργανώσεων
ΑΜ:03204ΣΥΤ11096038N-0830

ΑΛΛΗ ΞΕΝΗ ΓΛΩΣΣΑ:			
----------------------	--	--	--

ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΕΣ *		ΝΑΙ	ΟΧΙ
	Γνώση Windows		
	Γνώση Microsoft Office		
	ECDL		

ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Δια της υπογραφής μου στην παρούσα, δηλώνω υπευθύνως ότι έχω διαβάσει, κατανοήσει και αποδέχομαι τους όρους της προκήρυξης πρόσληψης

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΟΥΣΑ

(υπογραφή)

Ημερομηνία : / / 2023