ΑΙΤΗΣΗ - ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

ΓΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΠΡΟΣΩΡΙΝΟΥ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ Ε.Β.Π. ΣΕ Σ.Μ.Ε.Α.Ε.

(επέχει θέση Υπεύθυνης Δήλωσης του Ν. 1599/86)

Προς την Περιφερειακή Διεύθυνση Εκπαίδευσης

Αρ. Πρωτοκόλλου .

Ημερομηνία

ΟΝΟΜΑ ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

Α.Φ.Μ ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΟΛΗ Τ.Κ

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΔΟΥ e-mail:

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : έγγαμος □ άγαμος □ αριθμός τέκνων □

ΜΟΝΙΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ: ΝΑΙ □ ΟΧΙ □

ΒΑΣΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΤΗΣΗΣ ΒΑΘΜΟΣ ΠΤΥΧΙΟΥ

ΜΟΡΙΟΔΟΤΟΥΜΕΝΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

1. ΒΑΘΜΟΣ ΠΤΥΧΙΟΥ ΕΠΑ.Λ., Τ.Ε.Ε., Τ.Ε.Λ., Ε.Π.Λ. Η ΠΤΥΧΙΟΥ I.E.K
2. ΠΟΛΥΤΕΚΝΟΣ □ ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΚΝΩΝ □
3. ΤΡΙΤΕΚΝΟΣ □
4. ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ 67% □
5. α. ΓΟΝΕΑΣ ΤΕΚΝΟΥ ΑΜΕΑ ΜΕ ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΟΝΙΜΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ 67% □

β. ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΚΝΩΝ ΑΜΕΑ ΜΕ ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΟΝΙΜΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ 67% □

1. ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟΝ ΔΗΜΟΣΙΟ Η ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΣΕ ΑΜΕΑ :

ΕΤΗ, ΜΗΝΕΣ, ΗΜΕΡΕΣ

1. ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ ΣΕ ΘΕΣΗ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ Ε.Β.Π. ΣΕ Σ.Μ.Ε.Α.Ε. ΣΕ ΜΗΝΕΣ :

ΜΗΝΕΣ, ΗΜΕΡΕΣ

ΓΝΩΣΗ ΝΟΗΜΑΤΙΚΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ □ (για πρόσληψη σε Σ.Μ.Ε.Α.Ε. Κωφών & Βαρήκοων)

ΓΝΩΣΗ ΓΡΑΦΗΣ BRAILLE □ (για πρόσληψη σε Σ.Μ.Ε.Α.Ε. Τυφλών & Αμβλυώπων)

ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ

(συμπληρώστε στα κουτιά τους αριθμούς 1-7  
 ανάλογα με την προτίμηση σας)

Μπορείτε να συμπληρώσετε από 1 έως 7 επιλογές

|  |
| --- |
| * Δ/νση Α Αθήνας □ |
| * Δ/νση Β Αθήνας □ |
| * Δ/νση Γ Αθήνας □ |
| * Δ/νση Δ Αθήνας □ |
| * Δ/νση Πειραιά □ |
| * Δ/νση Ανατολικής Αττικής □ |
| * Δ/νση Δυτικής Αττικής □ |

•έχω υποβάλλει αίτηση αναπληρωτή/ωρομισθίου και στον κλάδο ΕΕΠ

•έχω υποβάλλει /θα υποβάλλω αίτηση στον Ενιαίο Πίνακα :

α) αναπληρωτών/ωρομισθίων εκπαιδευτικών Γενικής Εκπαίδευσης □ ΝΑΙ □ ΟΧΙ

γ) αναπληρωτών/ωρομισθίων εκπαιδευτικών Ειδικής Αγωγής (ΕΑΕ) □ ΝΑΙ □ ΟΧΙ

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΚΑΤΑΘΕΤΩ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ :



Δηλώνω υπεύθυνα και εν γνώσει των συνεπειών του άρθρου 8 του Ν. 1599/86:

* Δεν υπηρετώ σε θέση μόνιμου εκπαιδευτικού της ημεδαπής ή της αλλοδαπής.
* Δεν απολύθηκα από θέση Δημόσιας Υπηρεσίας ή Ο.Τ.Α. ή άλλου Νομικού Προσώπου του Δημόσιου Τομέα λόγω πειθαρχικού παραπτώματος ή άλλης αιτίας που συνεπάγεται οριστική απόλυση ή λόγω ανεπάρκειας κατά την εκτέλεση καθηκόντων □
* Δεν εμπίπτω στα κωλύματα διορισμού του άρθρου 8 του ν. 3528/2007 (Ποινική καταδίκη, στερητική ή επικουρική δικαστική συμπαράσταση) □
* Δεν διώκομαι ως φυγόδικος ή φυγόποινος.
* Δεν διώκομαι ποινικά για οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ή οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής.
* Δεν έχω συνταξιοδοτηθεί ανεξάρτητα από το φορέα συνταξιοδότησης.
* Δεν έχω απολυθεί από θέση μόνιμου εκπαιδευτικού ,λόγω οριστικής παύσης.
* Είμαι μέτοχος σε εταιρεία κατά τις διατάξεις του Υπαλληλικού Κώδικα / Έχω οποιαδήποτε εμπορική ιδιότητα και θα παραιτηθώ ή θα αναστείλω τη λειτουργία των επιχειρήσεών μου πριν την ανάληψη υπηρεσίας μου ως αναπληρωτής ή ωρομίσθιος □
* Δεν είμαι μέτοχος σε εταιρεία κατά τις διατάξεις του Υπαλληλικού Κώδικα ούτε έχω οποιαδήποτε εμπορική ιδιότητα □
* Κατά την ανάληψη υπηρεσίας θα υποβάλω βεβαιώσεις (α) παθολόγου ή γενικού γιατρού και (β) ψυχιάτρου ,είτε του δημοσίου είτε ιδιωτών, όπου θα πιστοποιείται η υγεία και η φυσική καταλληλότητα μου να ασκήσω τα υποστηρικτικά καθήκοντα του κλάδου μου.
* Γνωρίζω ότι αν δεν αναλάβω για οποιονδήποτε λόγο υπηρεσία, κατόπιν πρόσληψης από τους πίνακες αναπληρωτών με πλήρες ή μειωμένο ωράριο, εντός της προθεσμίας που ορίζεται κατά την ανακοίνωση της πρόσληψής μου ή αν παραιτηθώ , θα διαγραφώ από τους πίνακες αναπληρωτών για το σχολ. έτος 2016-2017.
* Έχω εκπληρώσει τις στρατιωτικές μου υποχρεώσεις / Έχω νόμιμα απαλλαγεί από αυτές □
* Δεν έχω εκπληρώσει τις στρατιωτικές μου υποχρεώσεις / Δεν έχω νόμιμα απαλλαγεί από αυτές □
* Υπηρετώ □ / Δεν υπηρετώ □ με πλήρη απασχόληση στο Δημόσιο Τομέα ως μόνιμος □ με Σύμβαση Ορισμένου □ ή Αορίστου □ Χρόνου
* Γνωρίζω ότι αν δεν αναλάβω για οποιονδήποτε λόγο υπηρεσία αναπληρωτή εντός της προθεσμίας που ορίζεται κατά την ανακοίνωση της πρόσληψής μου ή αν παραιτηθώ μετά την ανάληψη υπηρεσίας, διαγράφομαι από τον πίνακα για το διανυόμενο διδακτικό έτος □
* Είμαι υγιής και θα υποβάλω πιστοποιητικό υγείας από Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή ή Κρατικό Νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας εντός μηνός από την ημερομηνία της πρόσληψής μου □

Ο ΑΙΤΩΝ / Η ΑΙΤΟΥΣΑ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ