

ΑΙΤΗΣΗ - ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ
ΓΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ Ή ΩΡΟΜΙΣΘΙΟΥ Ε.Ε.Π. ΣΕ Σ.Μ.Ε.Α.Ε. ΚΑΙ ΚΕ.Δ.Δ.Υ.
(επέχει θέση Υπεύθυνης Δήλωσης του Ν. 1599/86)

Προς την Περιφερειακή Διεύθυνση Εκπαίδευσης

Αρ. Πρωτοκόλλου

Ημερομηνία.....

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ☐

ΩΡΟΜΙΣΘΙΟΣ ☐

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 ☐

ΒΑΣΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΤΗΣΗΣ..... ΒΑΘΜΟΣ ΠΤΥΧΙΟΥ.....

ΚΛΑΔΟΣ

ΜΟΡΙΟΔΟΤΟΥΜΕΝΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

1. ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ ☐

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΙΤΛΩΝ ☐

α) Στο γνωστικό αντικείμενο με συνάφεια στην Ε.Α.Ε. ☐

β) Με συνάφεια στην Ειδική Αγωγή ☐

γ) Στη Σχολική Ψυχολογία ☐ (μόνο για τους ψυχολόγους)

Περιγραφή 1^{ου} τίτλου

Περιγραφή 2^{ου} τίτλου

2. ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ ☐

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΙΤΛΩΝ ☐

α) Στο γνωστικό αντικείμενο με συνάφεια στην Ε.Α.Ε. ☐

β) Με συνάφεια στην Ειδική Αγωγή ☐

γ) Στη Σχολική Ψυχολογία ☐ (μόνο για τους ψυχολόγους)

Περιγραφή 1^{ου} τίτλου

Περιγραφή 2^{ου} τίτλου

3. Σεμινάριο διάρκειας 400 ωρών ☐

4. ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟΝ ΔΗΜΟΣΙΟ Ή ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΣΕ ΑΜΕΑ :

.....ΕΤΗ,ΜΗΝΕΣ,ΗΜΕΡΕΣ.

5. ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ ΣΕ ΘΕΣΗ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ Ή ΩΡΟΜΙΣΘΙΟΥ ΤΟΥ ΙΔΙΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΣΕ Σ.Μ.Ε.Α.Ε., ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Ή Κ.Δ.Α.Υ. ΣΕ ΜΗΝΕΣ :

.....ΜΗΝΕΣ,ΗΜΕΡΕΣ

6. ΠΟΛΥΤΕΚΝΟΣ ☐

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΚΝΩΝ ☐

7. ΤΡΙΤΕΚΝΟΣ ☐

8. ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ 67% ☐

9. α. ΓΟΝΕΑΣ ΤΕΚΝΟΥ ΑΜΕΑ ΜΕ ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΟΝΙΜΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ 67% ☐

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

ΓΝΩΣΗ ΝΟΗΜΑΤΙΚΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ ☐ (για πρόσληψη σε Σ.Μ.Ε.Α.Ε. Κωφών & Βαρήκων)

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

ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ

1.

8.

2.

9.

3.

10.

4.

11.

5.

12.

6. 13.
7. 14.

•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 |
| β)αναπληρωτών/ωρομισθίων εκπαιδευτικών Φυσικής Αγωγής (ΤΑΔ) | ☐
ΝΑΙ | ☐
ΟΧΙ |
| γ)αναπληρωτών/ωρομισθίων εκπαιδευτικών Ειδικής Αγωγής (ΕΑΕ) | ☐
ΝΑΙ | ☐
ΟΧΙ |

**ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΚΑΤΑΘΕΤΩ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΕΠΙΚΥΡΩΜΕΝΑ
ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ :**

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

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

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 (Υ.Κ.) ☐

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 ☐

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