

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 ☐

ΒΑΣΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΤΗΣΗΣ ΒΑΘΜΟΣ ΠΤΥΧΙΟΥ.....

ΜΟΡΙΟΔΟΤΟΥΜΕΝΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

1. ΒΑΘΜΟΣ ΠΤΥΧΙΟΥ Τ.Ε.Ε., Τ.Ε.Λ., Ε.Π.Λ. Ή ΠΤΥΧΙΟΥ Ι.Ε.Κ.
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% ☐
6. ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟΝ ΔΗΜΟΣΙΟ Ή ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΣΕ ΑΜΕΑ :
.....ΕΤΗ,ΜΗΝΕΣ,ΗΜΕΡΕΣ
7. ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ ΣΕ ΘΕΣΗ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ Ε.Β.Π. ΣΕ Σ.Μ.Ε.Α.Ε. ΣΕ ΜΗΝΕΣ :
.....ΜΗΝΕΣ,ΗΜΕΡΕΣ
8. ΓΝΩΣΗ ΝΟΗΜΑΤΙΚΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ ☐ (για πρόσληψη σε Σ.Μ.Ε.Α.Ε. Κωφών & Βαρήκων)

9. 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. |

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 ☐

Αποδέχομαι την πρόσληψη ως αναπληρωτής ΕΒΠ για το πρόγραμμα «Ανάπτυξη Υποστηρικτικών Δομών για την ένταξη και συμπερίληψη στην εκπαίδευση των μαθητών με αναπηρία ή και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες-Μετατροπή του Ειδικού Σχολείου σε Κέντρο Υποστήριξης Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης». ☐

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