

**ΑΙΤΗΣΗ για τον Κωδικό θέσης .....**

ΑΡ. ΠΡΩΤ..... ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ..... (συμπληρώνονται από τη γραμματεία)

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ			
ΕΠΩΝΥΜΟ:		ΟΝΟΜΑ:	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:	ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:	
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:		ΠΟΛΗ:	
ΤΗΛΕΦΩΝΑ:		EMAIL:	
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:	ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:	ΑΣΤ. ΤΜΗΜΑ:	
ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ (άνδρες): ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>			

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ			
ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ	ΕΤΟΣ ΚΤΗΣΗΣ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ	ΒΑΘΜΟΣ

Εργασιακή εμπειρία στην ειδικότητα				
A/A	ΑΠΟ	ΕΩΣ	ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
1.				
2.				
3.				

Παρακαλώ να κάνετε δεκτή την αίτηση μου, για την οποία δεσμεύομαι ότι όλα τα δηλωθέντα στοιχεία, είναι ακριβή και αληθή. Αναγνωρίζω ότι η μετά από διασταύρωση, απόδειξη μη εγκυρότητας ενός ή περισσότερων εκ των ως άνω δικαιολογητικών ή στοιχείων επιφέρει τον αποκλεισμό της υποψηφιότητας μου από τη διαδικασία επιλογής προσωπικού χωρίς δικαίωμα ένστασης ή οποιαδήποτε αξίωση έναντι του φορέα υλοποίησης.

#### **ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΜΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Τα αναφερόμενα στην πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος προσωπικά δεδομένα, όπως συγκεκριμενοποιούνται στην παρούσα αίτησή μου και στα συνημμένα αυτής, ενημερώθηκα ότι συλλέγονται αποκλειστικά προς το σκοπό εξέτασης της αιτήσεώς μου για το ενδεχόμενο σύναψης συμβάσεως εργασίας ή έργου και για την επικοινωνία μαζί μου προς το σκοπό αυτό. Σε περίπτωση που συναφθεί η σύμβαση, τα δεδομένα μου τυγχάνουν επεξεργασίας για τις ανάγκες της συμβάσεως αυτής, οπότε και θα ενημερωθώ σχετικά εκ νέου. Τα δεδομένα μου ενημερώθηκα ότι δύνανται να κοινοποιηθούν στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπ. Υγείας και σε λοιπές αρμόδιες Αρχές. Τα δεδομένα αυτά διατηρούνται για όσο χρόνο είναι απαραίτητο για την ολοκλήρωση της διαδικασίας επιλογής, καθ' όλη τη διάρκεια του έργου και έως τρία (3) έτη μετά τη λήξη από την υποβολή των λογαριασμών στους οποίους περιλαμβάνεται η τελική δαπάνη. Στη συνέχεια τα δεδομένα μου διαγράφονται με ασφαλή τρόπο.

Για λοιπά θέματα που αφορούν την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων και τα σχετικά δικαιώματά μου έλαβα γνώση ότι μπορώ να ενημερωθώ από την ιστοσελίδα του φορέα <https://ekpse.gr/el/>, σύνδεσμος «Πολιτική Απορρήτου».

Συνημμένα :

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....

Ημερομηνία:

Υπογραφή / Ονοματεπώνυμο