



Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας,
Δήμων Ιλίου, Πετρούπολης, Αγίων Αναργύρων-Καματερού
«ΦΑΕΘΩΝ»
Αγίου Νικολάου 21 & Εφύρας, Ίλιον, 13123
Τηλέφωνο: 2102690011 - email: faethon2@otenet.gr
www.faethon.org



ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ (ΠΕ/ΤΕ)

Σύμβαση Εξαρτημένης Εργασίας Ορισμένου Χρόνου (12 μήνες)

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ/ΑΣ	
Επώνυμο	
Όνομα	
Πατρώνυμο	
Μητρώνυμο	
Ημερομηνία Γέννησης	
Τόπος Γέννησης	
Αριθμός Ταυτότητας / ΑΔΤ	
ΑΦΜ	
ΑΜΚΑ	

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
Οδός & Αριθμός	
Πόλη / Δήμος	
Ταχυδρομικός Κώδικας	
Κινητό Τηλέφωνο	
Σταθερό Τηλέφωνο	
Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου (e-mail)	

Γ. ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	
Βασικός Τίτλος Σπουδών (Υποχρεωτικό)	
Τίτλος Πτυχίου / Διπλώματος	
Ίδρυμα	
Βαθμός	
Έτος Αποφοίτησης	
Άδεια Άσκησης Επαγγέλματος (Υποχρεωτικό)	



Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας,
Δήμων Ιλίου, Πετρούπολης, Αγίων Αναργύρων-Καματερού

«ΦΑΕΘΩΝ»

Αγίου Νικολάου 21 & Εφύρας, Ίλιον, 13123

Τηλέφωνο: 2102690011 - email: faethon2@otenet.gr

www.faethon.org



Σε συνεργασία με τον

ΕΟΠΑΕ

Εθνικός Οργανισμός Πρόληψης
και Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων

Αριθμός Αδείας	
Ημερομηνία Έκδοσης	
Εγγραφή στον ΣΚΛΕ (Υποχρεωτικό)	
Αριθμός Μητρώου ΣΚΛΕ	
Μεταπτυχιακός Τίτλος (εάν υπάρχει)	
Τίτλος Μεταπτυχιακού	
Ίδρυμα	
Ειδίκευση	
Διάρκεια (έτη)	
Βαθμός	
Έτος Ολοκλήρωσης	
Διδακτορικό Δίπλωμα (εάν υπάρχει)	
Τίτλος Διδακτορικού	
Ίδρυμα	
Γνωστικό Αντικείμενο	
Έτος Ολοκλήρωσης	

Δ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	
Θέση 1	
Φορέας / Εργοδότης	
Θέση / Ειδικότητα	
Αντικείμενο Απασχόλησης	
Από (μήνας/έτος)	
Έως (μήνας/έτος)	
Σύνολο Μηνών	
Θέση 2	
Φορέας / Εργοδότης	
Θέση / Ειδικότητα	
Αντικείμενο Απασχόλησης	
Από (μήνας/έτος)	



Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας,
Δήμων Ιλίου, Πετρούπολης, Αγίων Αναργύρων-Καματερού

«ΦΑΕΘΩΝ»

Αγίου Νικολάου 21 & Εφύρας, Ίλιον, 13123

Τηλέφωνο: 2102690011 - email: faethon2@otenet.gr

www.faethon.org



Σε συνεργασία με τον

ΕΟΠΑΕ

Εθνικός Οργανισμός Πρόληψης
και Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων

Έως (μήνας/έτος)	
Σύνολο Μηνών	
Θέση 3	
Φορέας / Εργοδότης	
Θέση / Ειδικότητα	
Αντικείμενο Απασχόλησης	
Από (μήνας/έτος)	
Έως (μήνας/έτος)	
Σύνολο Μηνών	

Ε. ΓΝΩΣΗ ΞΕΝΩΝ ΓΛΩΣΣΩΝ

Γλώσσα	Επίπεδο	Τίτλος Πιστοποιητικού	Έτος
Αγγλικά	☐ Άριστη ☐ Πολύ καλή ☐ Καλή		
Άλλη ξένη γλώσσα	☐ Άριστη ☐ Πολύ καλή ☐ Καλή		

ΣΤ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ / ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ

Επιμόρφωση από αναγνωρισμένους φορείς σε βιωματικές τεχνικές, δυναμική ομάδα.

Τίτλος Εκπαίδευσης	
Φορέας	
Σύνολο Ωρών	
Επιμόρφωση σε πρόληψη εξαρτήσεων/ ψυχοκοινωνική υγεία, ερευνητικά εργαλεία κοινωνικών / ανθρωπιστικών σπουδών, Κοινωνικό – εκπαιδευτικά και Ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα, Συμβουλευτική (≥200 ώρες αθροιστικά).	
Τίτλος Σεμιναρίου 1	
Φορέας / Έτος / Ωρες	
Τίτλος Σεμιναρίου 2	
Φορέας / Έτος / Ωρες	
Τίτλος Σεμιναρίου 3	
Φορέας / Έτος / Ωρες	



Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας,
Δήμων Ιλίου, Πετρούπολης, Αγίων Αναργύρων-Καματερού

«ΦΑΕΘΩΝ»

Αγίου Νικολάου 21 & Εφύρας, Ίλιον, 13123

Τηλέφωνο: 2102690011 - email: faethon2@otenet.gr

www.faethon.org



Ζ. ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	
Γνώση Η/Υ & MS Office	☐ Ναι ☐ Όχι Πιστοποιητικό: _____
Εγγεγραμμένος/η στον ΔΥΠΑ (Ανεργός/η)	☐ Ναι ☐ Όχι
Ιδιότητα (Πολύτεκνος/η, Τρίτεκνος/η, Τέκνο)	☐ Πολύτεκνος/η ☐ Τρίτεκνος/η ☐ Τέκνο ☐ Κανένα

Η. ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (επισυνάπτονται στον φάκελο)	
☐	Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου
☐	Αντίγραφο πτυχίου/διπλώματος Κοινωνικής Εργασίας (με ΔΟΑΤΑΠ αν αλλοδαπής)
☐	Άδεια άσκησης επαγγέλματος (σε ισχύ)
☐	Βεβαίωση εγγραφής στον ΣΚΛΕ
☐	Βιογραφικό σημείωμα
☐	Αντίγραφα λοιπών τίτλων σπουδών (μεταπτυχιακό, διδακτορικό, κ.ά.)
☐	Βεβαιώσεις / συμβάσεις προϋπηρεσίας (εργοδότες ή ασφαλιστικοί φορείς)
☐	Πιστοποιητικά γλωσσομάθειας
☐	Βεβαιώσεις σεμιναρίων / επιμόρφωσης (με αναφορά αριθμού ωρών)
☐	Υπεύθυνη Δήλωση Ν.1599/1986 για ακρίβεια δηλούμενων στοιχείων
☐	Κάθε άλλο έγγραφο που τεκμηριώνει τα δηλούμενα προσόντα

Θ. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ	
Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: • Τα ανωτέρω στοιχεία είναι αληθή και ακριβή. • Δεν έχω καταδικαστεί για αδίκημα σχετικό με την άσκηση του επαγγέλματός μου. • Αποδέχομαι τους όρους της προκήρυξης και τη διαδικασία αξιολόγησης. Ημερομηνία: ____ / ____ / 20____ Ο/Η Αιτών/ούσα (Υπογραφή) _____ Ονοματεπώνυμο:	