



ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΚΩΣΙΚΟΣ ΘΕΣΗΣ	ΥΠΕΥΘ
ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΜΕ Χ ΤΗ ΘΕΣΗ ΠΟΥ ΑΙΤΕΙΣΤΕ:	

**ΕΠΙΣΥΝΑΨΤΕ
ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ**

- ΠΡΟΣΟΧΗ:**
- (1) Όλα τα πεδία με αστερίσκο (*) συμπληρώνονται **ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ**. Η μη συμπλήρωσή τους συνιστά λόγο ακύρωσης της αίτησης
 - (2) Για την ακρίβεια των στοιχείων αποκλειστική ευθύνη φέρει ο/η υποψήφιος/α
 - (3) Η μη συμπλήρωση στοιχείων θα θεωρηθεί ως έλλειψη αυτών

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (συμπληρώστε με κεφαλαία)

Επώνυμο (*) :

Όνομα (*) :

Όνομα πατρός (*) :

Επώνυμο και όνομα μητέρας (*) :

Ημερομηνία γέννησης (*)
(ημέρα / μήνας / έτος) :

Στοιχεία Δελτίου ταυτότητας (*) :

Αριθμός:	Εκδ. αρχή:	Ημ. έκδοσης:
----------	------------	--------------

Οικογενειακή Κατάσταση (*) :

Αριθμός προστατευόμενων τέκνων (*) :

Στρατιωτικές υποχρεώσεις
(για τους άνδρες υποψήφιους) (*) :

Εκπληρωμένες	Μη υπόχρεος με νόμιμη απαλλαγή	Ημ/νία απολύσεως /απαλλαγής	
--------------	--------------------------------	-----------------------------	--

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας (*)
(οδός, αριθμός, περιοχή, ΤΚ) :

Τηλέφωνα επικοινωνίας (*)
(σταθερό, κινητό) :

Ηλεκτρονική Διεύθυνση (e-mail) :

ΣΠΟΥΔΕΣ (αναφέρατε έτος απόκτησης τίτλων, εκπαιδευτικό ίδρυμα, τίτλους πτυχίων / κατεύθυνση και τυχόν ισοτιμίες.) *

Α/Α	ΕΤΟΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΤΙΤΛΟΥ ΣΠΟΥΔΩΝ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ	ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ	ΒΑΘΜΟΣ



**ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ - Δ.Α.Δ. Ν. Καστοριάς**

Εταιρεία Προστασίας Ατόμων με Αυτισμό Δ.Α.Δ. Ν. Καστοριάς
Εθνικό Μητρώο Φορέων Ιδιωτικού Τομέα Μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα
που παρέχουν υπηρεσίες Κοινωνικής Φροντίδας

ΑΜ: 03204ΣΥΤ11096038N-0911

Ειδικό Μητρώο Εθελοντικών μη Κυβερνητικών Οργανώσεων

ΑΜ:03204ΣΥΤ11096038N-0830

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ (αναφέρατε διάστημα απασχόλησης -με ασφαλιστική κάλυψη σε κύρια ασφαλ. ταμεία-,
επωνυμία εργοδότη, ειδικότητα / αντικείμενο / τίτλο θέσης)*

A/A	ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ *

ΑΓΓΛΙΚΑ :		ΝΑΙ	ΟΧΙ
	Επίπεδο Β2		
	Επίπεδο Β1		
	Επίπεδο Γ2		
	Επίπεδο Γ1		
	Τίτλος σπουδών Αγγλόφωνου Πανεπιστημίου Εξωτερικού		
ΑΛΛΗ :			

ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΕΣ *

Η/Υ :		ΝΑΙ	ΟΧΙ
	Γνώση Windows		
	Γνώση Microsoft Office		
	ECDL		

ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Δια της υπογραφής μου στην παρούσα, δηλώνω υπευθύνως ότι έχω διαβάσει, κατανοήσει και αποδέχομαι τους όρους της προκήρυξης πρόσληψης

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΟΥΣΑ
(υπογραφή)

Ημερομηνία : _____ / _____ / 2015