|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΓΙΑ ΘΕΣΗ ΕΕΠ-ΕΒΠ ΣΤΗΝ Α/ΘΜΙΑ ΚΑΙ Β/ΘΜΙΑ ΕΚΠ/ΣΗ**  **ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΔΑΚΤΙΚΟ ΕΤΟΣ 2024-2025** | |
| **ΠΡΟΣ: την ΠΔΕ …………………………………………………………………..** | |
| **ΓΙΑ την αριθ. πρωτ. 542/20-01-/2025 (ΑΔΑ: 6ΚΑΖ46ΝΚΠΔ-6ΟΕ) ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ** | |
| **ΓΙΑ τον κλάδο ………………………………..** | |
| **Αριθ. πρωτ. αίτησης: ............................** | |
| ***Η ΑΙΤΗΣΗ ΑΥΤΗ ΕΠΕΧΕΙ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ (ν. 1599/1986)*** | |
| **ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ** | |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** | **ΟΝΟΜΑ:** |
| **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** | **ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:** |
| **ΑΦΜ:** | **ΑΔΤ:** |
| **ΟΔΟΣ &ΑΡΙΘ:** | |
| **ΠΟΛΗ:** | **ΤΚ:** |
| **ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ.:** | **ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.:** |
| **email:** | |
| **ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΤΑΞΗΣ** | |
| **ΒΑΘΜΟΣ ΠΤΥΧΙΟΥ:** |  |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΤΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΟΥ:** |  |
| **ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ & ΔΙΔΑΚΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ**  **(εφόσον χρειάζεται και υπάρχει):** | **………….. (ΝΑΙ / ΌΧΙ)** |
| **ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ** | |
| **ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ:** | |
| **1.** | |
| **2.** | |
| **3.** | |
| **4.** | |
| **5.** | |
| **6.** | |
| **7.** | |
| **8.** | |
| **9.** | |
| **10.** | |
| **11.** | |
| **12.** | |
| **13.** | |
| **14.** | |
| **15.** | |
| **16.** | |
| **Δηλώνω υπεύθυνα ότι:** | |
| 1. Δεν εμπίπτω στην παρ. 5Α του άρθρου 62 και στην παρ. 5Α του άρθρου 63 του ν. 4589/2019 (Α΄ 13) και στην παρ. 4 του άρθρου 46 του ν. 4692/2020 (Α΄ 111). | |
| 2. Δεν απολύθηκα από θέση δημόσιας υπηρεσίας ή Ο.Τ.Α. ή άλλου νομικού προσώπου του δημοσίου τομέα, λόγω επιβολής της πειθαρχικής ποινής της οριστικής παύσης ή λόγω καταγγελίας της σύμβασης εργασίας για σπουδαίο λόγο, οφειλόμενο σε υπαιτιότητά μου, ή ότι, σε αντίθετη περίπτωση, έχει παρέλθει πενταετία από την απόλυση. | |
| 3. Δεν εμπίπτω στα κωλύματα διορισμού του άρθρου 8 του ν. 3528/2007 | |
| 4. Δεν διώκομαι ως φυγόδικος ή φυγόποινος | |
| 5. Δεν έχω καταδικαστεί / δεν διώκομαι ποινικά για οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής. | |
| 6. Κατά την ανάληψη υπηρεσίας θα υποβάλω γνωματεύσεις (α) παθολόγου ή γενικού ιατρού και (β) ψυχιάτρου, είτε του δημοσίου είτε ιδιωτών, οι οποίες θα πιστοποιούν την υγεία και την ικανότητά μου να ασκήσω υποστηρικτικά καθήκοντα. | |
| **Υποβάλλω συνημμένα τα κάτωθι απαραίτητα δικαιολογητικά:** | |
| 1. | **6.** |
| 2. | **7.** |
| **3.** | **8.** |
| **4.** | **9.** |
| **5.** | **10.** |
|  | |
| **Ημερομηνία:** |  |
| **Ο/Η ΑΙΤ………..** |  |
| **(υπογραφή):** |  |