**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ**

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

«Για πρόσληψη επικουρικού προσωπικού, με σχέση εργασίας Ιδιωτικού Δικαίου Ορισμένου Χρόνου, για κάλυψη εκτάκτων αναγκών λόγω του κορωνοϊού COVID-19 του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας Θράκης .»

|  |  |
| --- | --- |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:** |  |
| **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** |  |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:** |  |
| **ΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΑΙ :** |  |
| **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ :** |  |
| **ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:** |  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ(ΣΤΑΘΕΡΟ) :** |  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ (ΚΙΝΗΤΟ) :** |  |
| **Ε-ΜΑΙL:** |  |

Παρακαλώ να με συμπεριλάβετε στον κατάλογο επικουρικού προσωπικού για την θέση …………………………………… του Φορέα σας. Με την παρούσα υποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΗΜΜΕΝΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ**

1. **Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας**
2. **Φωτοαντίγραφο του τίτλου σπουδών**
3. **Άδεια Ασκήσεως Επαγγέλματος όπου απαιτείται**
4. **Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86 ότι δεν έχουν κώλυμα κατά το άρθρο 8 του Υπαλληλικού Κώδικα**
5. **Βεβαίωση Προϋπηρεσίας από τον Ασφαλιστικό Φορέα και το εργοδότη τους**

**Σύνολο μηνών : ………**

**ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ / ΙΔΩΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Α/Α** | **ΕΤΑΙΡΕΙΑ /ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ** | **ΘΕΣΗ** | **ΔΙΑΡΚΕΙΑ (ΣΕ ΜΗΝΕΣ)** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |

Δηλώνω υπεύθυνα γνωρίζοντας τις συνέπειες του Ν.1599/86 ότι τα ανωτέρω στοιχεία είναι ακριβή.

**Ημερομηνία**…………………… **Ο/Η ΑΙΤ…**

**Ονοματεπώνυμο:**……………………………………………… **Υπογραφή**