**Αίτηση-δήλωση υποψηφίου**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ  ΓΙΑ ΘΕΣΗ ΕΕΠ-ΕΒΠ ΣΤΗΝ Α/ΘΜΙΑ ΚΑΙ Β/ΘΜΙΑ ΕΚΠ/ΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΔΑΚΤΙΚΟ ΕΤΟΣ 2024-2025** | |
| **ΠΡΟΣ: την ΠΔΕ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ** | |
| **για την με αριθ. πρωτ.: …………. / …... - …... - 2025 (ΑΔΑ: ……………………………) 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 ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ (με σειρά προτίμησης)** | |
| **1.** | |
| **2.** | |
| **3.** | |
| **4.** | |
| **5.** | |
| **6.** | |
| **7.** | |
| **8.** | |
| **9.** | |
| **10** | |
| **11.** | |
| **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). | |
| 1. 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. | |
| 1. Δεν εμπίπτω στα κωλύματα διορισμού του άρθρου 8 του ν. 3528/2007 | |
| 1. Δεν διώκομαι ως φυγόδικος ή φυγόποινος | |
| 1. Δεν έχω καταδικαστεί / δεν διώκομαι ποινικά για οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής. | |
| 1. 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 ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ |
|  | (υπογραφή) |