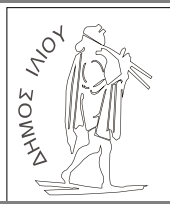




ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΕΣ  
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΕΥΠΑΘΩΝ ΟΜΑΔΩΝ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ,  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ &  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ  
Με συγχρηματοδότηση από Εθνικούς Πόρους



Αριθ. πρωτ/λου αίτησης  
...../.....-.....-2016.

(συμπληρώνεται από το  
Φορέα)

**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**  
για απασχόληση με σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου

**ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ ΦΟΡΕΑΣ**

Κ.Σ.Δ.Ε.Ο «ΕΔΡΑ»

**ΣΥΜΠΡΑΤΤΟΝΤΕΣ ΦΟΡΕΙΣ**

ΔΗΜΟΣ ΙΛΙΟΥ

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ** [συμπληρώστε κατάλληλα (με κεφαλαία γράμματα, αριθμούς ή το σημείο X) τα ατομικά σας στοιχεία]

1. Επώνυμο:

2. Όνομα:

3. Όν. πατέρα:

4. Όν. μητέρας:

5. Ημ/νία γέννησης:

/ /

6. Φύλο:

A

Γ

7. Α.Δ.Τ.:

8. ΑΜΚΑ:

9. Τόπος κατοικίας:

10. Οδός:

11. Αριθ.:

12. Τ.Κ.:

13. Τηλέφωνο (με κωδικό):

14. Κινητό:

15. e-mail:

**ΕΠΙΔΙΩΚΟΜΕΝΗ ΘΕΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ** (αναφέρετε την ειδικότητα που σας ενδιαφέρει)

Ειδικότητα «.....» ΚΩΔΙΚΟΣ ΘΕΣΗΣ.....για την/τις Δομή/ές:

1	Κοινωνικό Παντοπωλείο	
2	<b>Κοινωνικό Φαρμακείο</b>	
3	Τράπεζα Χρόνου	
4	Γραφείο Διαμεσολάβησης	
5	<b>Δομή Παροχής Συσσιτίου</b>	

(σημειώνετε με X την δομή ή τις δομές που σας ενδιαφέρουν

του προγράμματος «ΙΛΙΟΝ-Στήριξη-Κοινωνικές δομές αντιμετώπισης της φτώχειας στο Δήμο Ιλίου» με κωδικό MIS 2015ΣΕ0930001 στο επιχειρησιακό πρόγραμμα “Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού”.

**ΒΑΘΜΟΛΟΓΟΥΜΕΝΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ**

Κατάσταση ανεργίας			
0-6 μήνες		7 -12 μήνες	13 μήνες και άνω (μακροχρόνια άνεργος)

Κατηγορία εισοδήματος			
Έως και 6.900€		6.900,01€ - 12.000,00€	12.000,01€ - 16.000,00€
16.001€ - 22.000€		Πάνω από 22.000€	

Μέλος ευπαθών κοινωνικών ομάδων:
Αν ναι, αναφέρατε την κατηγορία στην οποία ανήκετε:.....

Οικογενειακή κατάσταση			
Άγαμος		Έγγαμος	Έγγαμος και οι δύο σύζυγοι άνεργοι

Ανήλικα τέκνα			
1 τέκνο		2 τέκνα	3 ή περισσότερα τέκνα

Γονέας Μονογονεϊκής οικογένειας			
ΝΑΙ		ΟΧΙ	

Εργασιακή Εμπειρία <u>Συναφούς</u> Αντικειμένου (ορίζεται μόνο για τους πτυχιούχους, των οποίων η εργασιακή εμπειρία σχετίζεται με το αντικείμενο των σπουδών τους καθώς και με την εργασία τους σε συναφές αντικείμενο π.χ κοινωνικό φαρμακείο, γραφείο διαμεσολάβησης, τράπεζα χρόνου, κοινωνικό φαρμακείο, κοινωνικό παντοπωλείο, συσσίτιο, καθώς και για την κατηγορία μαγείρων			
καθόλου		2-6 μήνες	7-12 μήνες
13-24 μήνες		Από 25 μήνες και άνω	

Εργασιακή Εμπειρία σε <u>μη συναφές</u> αντικείμενο (ορίζεται για πτυχιούχους και μη)			
καθόλου		2-6 μήνες	7-12 μήνες
13-24 μήνες		Από 25 μήνες και άνω	

Πιστοποιημένη Γνώση Η/Υ:			
ΝΑΙ		ΟΧΙ	

Γνώση Ξένης Γλώσσας (Αγγλικά)			
Κάτοχος πτυχίου επιπέδου Γ2		Κάτοχος πτυχίου επιπέδου Β2	
Κάτοχος πτυχίου επιπέδου Γ1		Κάτοχος πτυχίου επιπέδου Β1	

Κάτοχος Διπλώματος Αυτοκινήτου Β' Κατηγορίας:			
ΝΑΙ		ΟΧΙ	

### ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΗΜΜΕΝΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ

[αριθμήστε σε εμφανές σημείο καθένα από τα συνυποβαλλόμενα δικαιολογητικά και τα υπόλοιπα έγγραφα που επισυνάπτετε για την υποστήριξη της υποψηφιότητάς σας και καταγράψτε τα εδώ, **ακολουθώντας την ίδια σειρά αρίθμησης**]

- |         |  |
|---------|--|
| 1. .... | 10. ....                               |
| 2. .... | 11. ....                               |
| 3. .... | 12. ....                               |
| 4. .... | 13. ....                               |
| 5. .... | 14. ....                               |
| 6. .... | [συμπληρώνεται από το δικαιούχο φορέα] |
| 7. .... |  |
| 8. .... |  |
| 9. .... |  |

### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Η ακρίβεια των στοιχείων που αναφέρονται σε αυτή την αίτηση-δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις **κυρώσεις** που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρ. 22 του **Ν. 1599/1986**, δηλαδή: «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Επίσης εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών», **δηλώνω ότι:**

- Όλα τα **στοιχεία** της αίτησής μου είναι **ακριβή και αληθή** και **κατέχω όλα τα απαιτούμενα προσόντα** για κάθε επιδιωκόμενη θέση απασχόλησης, όπως αυτά αναφέρονται στην ανακοίνωση και αναγράφονται στην παρούσα αίτηση. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν. 1599/1986.
- Τα συνημμένα δικαιολογητικά είναι **γνήσια αντίγραφα** των πρωτοτύπων ή νομίμως επικυρωμένων αντιγράφων που εκδόθηκαν από αρμόδια διοικητική αρχή.

Ημερομηνία: .....

Ο/Η υποψήφι....

Όνοματεπώνυμο: .....

[υπογραφή]