Παρακαλώ όπως εγκριθεί η συμμετοχή μου στο Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα ΑμεΑ 2024, ως **Συνοδού κατασκηνωτή/τριας με αναπηρία**, σύμφωνα με τα κατωτέρω στοιχεία:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ/ΑΣ ΣΥΝΟΔΟΥ \*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ονοματεπώνυμο:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Όνομα Πατρός:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ημερομηνία γέννησης (μορφή ηη/μμ/εεεε):** |  | | | | | | | | | | | | | | ***(Ηλικία συνοδού άνω των 18 ετών)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Διεύθυνση κατοικίας – Πόλη:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Τηλέφωνο επικοινωνίας:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Α.Μ.Κ.Α.:** |  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | | |
| **Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Α.Φ.Μ.:** |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |
| **ΙΒΑΝ (μόνο) Εθνικής Τράπεζας:** | **G** | **R** | | |  |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |
| *( \* επισυνάπτονται αντίγραφα: ΑΔΤ ή διαβατηρίου, αποδεικτικά ΑΜΚΑ & ΑΦΜ λ.χ. εκτυπώσεις από taxisnet & amka.gr, αντίγραφο πρώτης σελίδας βιβλιαρίου καταθέσεων στην ΕΤΕ ή εκτύπωση στοιχείων λογ/σμού από τράπεζα ή web banking)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Πρόσθετες Γνώσεις:** | Ναυαγοσώστη [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | Ψυχαγωγού [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | Νοσηλευτή [ ] | | | | | | | | | | | | | | | Διασώστη [ ] | | | | | | | | |
| **Άλλη [ ]** | | | | | | | | | | | | | | | | **Προσδιορίστε ποια:** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Επάγγελμα:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Φορέας απασχόλησης:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Προϋπηρεσία σε κατασκηνώσεις ΑμεΑ:** | ΝΑΙ: [ ] | | | | | | | | | **Κατασκήνωση/ες:** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ΟΧΙ: [ ] | | | | | |
| **Έτος/η:** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Κατασκήνωση στην οποία αφορά η παρούσα αίτηση:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Κατασκηνωτική Περίοδος:** | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Τρόπος συμμετοχής:** | **ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΦΟΡΕΑ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΙ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **ΣΥΝΟΔΟΣ ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΟΥ/ΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ/ΤΡΙΑΣ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(συμπλήρωση με Χ ή √ ανάλογα με τον τρόπο συμμετοχής)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(επωνυμία φορέα ή ονοματεπώνυμο μεμονωμένου/ης κατασκηνωτή/τριας):** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Β. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΟΔΟΥ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ο/Η ως άνω αιτών/ούσα, δηλώνω υπεύθυνα και εν γνώσει των συνεπειών του Ν.1599/86, ότι:  (α) τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή,  (β) η κατάσταση της υγείας μου είναι τέτοια ώστε μου επιτρέπει να ασκήσω τις υποχρεώσεις μου ως συνοδός παιδιών - ατόμων με αναπηρία,  (γ) για κάθε κώλυμα που θα παρουσιασθεί, θα ενημερώσω τον φορέα του οποίου ΑμεΑ συνοδεύω ή τον/την γονέα / κηδεμόνα του/της οποίου/ας το τέκνο συνοδεύω, τον/την Συντονιστή/στρια της κατασκήνωσης και την ΠΟΣΓΚΑμεΑ,  (δ) συναινώ στην επεξεργασία των ανωτέρω προσωπικών δεδομένων από την ΠΟΣΓΚΑμεΑ για τις ανάγκες του Κρατικού Κατασκηνωτικού Προγράμματος ΑμεΑ 2024, καθώς και στη διαβίβασή τους από την ΠΟΣΓΚΑμεΑ στις αρμόδιες υπηρεσίες της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Καταπολέμησης της Φτώχειας του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής & Οικογένειας και στην Εθνική Τράπεζα της Ελλάδας, επίσης για τις ανάγκες του Κρατικού Κατασκηνωτικού Προγράμματος ΑμεΑ 2024,  (ε) έλαβα γνώση για το περιεχόμενο της Πρόσκλησης της ΠΟΣΓΚΑμεΑ για τη συμμετοχή στο Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα ΑμεΑ 2024, και αναλαμβάνω την ευθύνη για τις ενέργειες στις οποίες οφείλω να προβώ και τις δεσμεύσεις που υποχρεούμαι να τηρήσω ως συνοδός κατά τη συμμετοχή μου στο ΚΠ ΑμεΑ 2024. Ρητά και κατηγορηματικά, η ΠΟΣΓΚΑμεΑ ουδεμία ευθύνη φέρει σε περίπτωση που δεν ενεργήσω όσα προβλέπονται.  Ημερομηνία: …../…../2024  Ο/ Η Αιτ..........  **……….……………………………**  ***(ονοματεπώνυμο & υπογραφή)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Γ. ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Σύντομο βιογραφικό σημείωμα μίας (1) σελίδας, με ανάλογα δικαιολογητικά βασικών & πρόσθετων γνώσεων & εργασιακής εμπειρίας** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Αποδεικτικά στοιχεία ταυτοποίησης, ασφάλισης και τραπεζικού λογαριασμού αιτούντων συνοδών (βλ. ενότητα Α αίτησης)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Αντίγραφο ποινικού μητρώου (βλ. ενότητα «Οδηγίες Συμπλήρωσης – Διευκρινίσεις» Πρόσκλησης ΚΠ ΑμεΑ)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Υπεύθυνη δήλωση (βλ. ενότητα «Οδηγίες Συμπλήρωσης – Διευκρινίσεις» Πρόσκλησης ΚΠ ΑμεΑ & Υπόδειγμα περιεχομένου υπεύθυνης δήλωσης στα συνημμένα αρχεία της Πρόσκλησης)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΥΝΟΔΟΥ** | | |
| ***Επισήμανση: Για χρήση από ΠΟΣΓΚΑμεΑ – ΔΕΝ συμπληρώνεται από τους/τις συνοδούς*** | | |
| **ON / OFF ΚΡΙΤΗΡΙΑ** | | |
| 1. Ηλικία συνοδού 18 ετών και άνω | | [ ] |
| 2. Δεν είναι γονέας / κηδεμόνας κατασκηνωτή/τριας | | [ ] |
| 3. Έλληνας υπήκοος ή υπήκοος χώρας μέλους της Ε.Ε. ή χώρας εκτός Ε.Ε. με δικαίωμα εργασίας στην Ελλάδα | | [ ] |
| 4. Πληρούνται οι προϋποθέσεις του άρθρου 7 του ν. 4837/2021 βάσει περιεχομένου αντιγράφου ποινικού μητρώου και υπεύθυνης δήλωσης | | [ ] |
| **ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ / ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ** | | |
| 5. Ευδόκιμη κατασκηνωτική εμπειρία (σε κατασκηνώσεις παιδιών) | | [ ] |
| 6. Ευδόκιμη κατασκηνωτική εμπειρία (σε κατασκηνώσεις παιδιών / ατόμων με αναπηρία) | | [ ] |
| 7. Εργασιακή εμπειρία σε σχέση με παιδιά / ενήλικες με αναπηρία | | [ ] |
| 8. Σπουδές συναφείς με τις ειδικότητες των κλάδων (επιθυμητές κατευθύνσεις, όχι απαγορευτικές): Η. Τομέα Εκπαίδευσης, Θ. Τομέα Κοινωνικών Υπηρεσιών, Γ. Τομέα Εφαρμοσμένων και Καλών Τεχνών, Ιατρών, Νοσηλευτικής ή Βοηθών Νοσηλευτών, Φυσικής Αγωγής, όπως ορίζονται στο παράρτημα Α’ του π.δ. 85/2022 | | [ ] |
| 9. Ειδικές γνώσεις / δεξιότητες: | | |
|  | α) Πρώτες Βοήθειες | [ ] |
| β) Ναυαγοσωστική | [ ] |
| γ) Δεξιότητες επικοινωνίας | [ ] |
| δ) Δεξιότητες ψυχοσυναισθηματικής στήριξης | [ ] |
| ε) Γνώσεις για κατασκευές (χειροτεχνία κ.λπ.) | [ ] |
| στ) Γνώσεις από ψυχαγωγικές διαδικασίες | [ ] |
| 10. Συστατικές επιστολές, εφόσον υπάρχουν | | [ ] |
| **ΣΥΝΟΛΟ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΠΟΥ ΠΛΗΡΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΥΠΟΨΗΦΙΟ/Α ΣΥΝΟΔΟ** | |  |