Παρακαλώ όπως εγκριθεί η συμμετοχή μου στο Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα ΑμεΑ 2024, ως **Συντονιστή/στριας**, σύμφωνα με τα κατωτέρω στοιχεία:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ/ΑΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ/ΣΤΡΙΑΣ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ονοματεπώνυμο:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Όνομα Πατρός:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ημερομηνία γέννησης (μορφή ηη/μμ/εεεε):** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Διεύθυνση κατοικίας – Πόλη:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Τηλέφωνο/α επικοινωνίας:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Α.Μ.Κ.Α.:** |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | | |
| **Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Α.Φ.Μ.** |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |
| **ΙΒΑΝ (μόνο) Εθνικής Τράπεζας:** | **G** | **R** | | |  |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  |  |  | |  |  | |  | |  |  |  |
| **Σπουδές / Ειδικότητα:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Επάγγελμα:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Φορέας απασχόλησης:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(αν απουσιάζει υφιστάμενη απασχόληση, να συμπληρωθεί προηγούμενη/ες)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Πρόσθετες Γνώσεις:** | Ναυαγοσώστη [ ] | | | | | | | | | | | | | | | Ψυχαγωγού [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | Νοσηλευτή [ ] | | | | | | | | | | | | | | Διασώστη [ ] | | | | | | | | |
| **Άλλη [ ]** | | | | | | | | | | | | | | | **Προσδιορίστε ποια:** | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Προϋπηρεσία σε κατασκηνώσεις ΑμεΑ:** | ΝΑΙ: [ ] | | | | | | | | | **Κατασκήνωση/ες:** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ΟΧΙ: [ ] | | | | | |
| **Έτος/η:** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Κατασκήνωση στην οποία αφορά η παρούσα αίτηση:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Κατασκηνωτική/ές Περίοδος/οι:** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Β. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ/ΣΤΡΙΑΣ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 συντονιστής/στρια στις κατασκηνώσεις του Κατασκηνωτικού Προγράμματος Ατόμων με Αναπηρία,  (γ) για κάθε κώλυμα ή πρόβλημα που θα παρουσιασθεί, θα ενημερώσω άμεσα 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, 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 συντονιστής/στρια 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 συντονιστών/τριών** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Αντίγραφο ποινικού μητρώου (βλ. ενότητα «Οδηγίες Συμπλήρωσης – Διευκρινίσεις» Πρόσκλησης ΚΠ ΑμεΑ)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Υπεύθυνη δήλωση (ακολουθεί το περιεχόμενο)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ/ΣΤΡΙΑΣ** | | |
| ***Επισήμανση: Για χρήση από ΠΟΣΓΚΑμεΑ –  ΔΕΝ συμπληρώνεται από τους/τις υποψήφιους/ες συντονιστές/στριες*** | | |
| **ON / OFF ΚΡΙΤΗΡΙΑ** | | |
| 1. Έλληνας υπήκοος ή υπήκοος χώρας μέλους της Ε.Ε. ή χώρας εκτός Ε.Ε. με δικαίωμα εργασίας στην Ελλάδα | | [ ] |
| 2. Πληρούνται οι προϋποθέσεις του άρθρου 7 του ν. 4837/2021 βάσει περιεχομένου αντιγράφου ποινικού μητρώου και υπεύθυνης δήλωσης | | [ ] |
| 3. Πτυχίο Ανώτατης ή Ανώτερης σχολής (ειδικότητας εκπαιδευτικών ειδικής ή/και γενικής αγωγής, κοινωνικών λειτουργών, καθηγητών φυσικής αγωγής κ.λπ.) και εμπειρία στις κατασκηνώσεις του κατασκηνωτικού Κρατικού Προγράμματος ΑμεΑ ή/και σε δομές ανοικτής φροντίδας για άτομα με αναπηρία (ΚΔΑΠ ΑμεΑ, Κ.Δ.-Η.Φ.) **ή** απολυτήριο Λυκείου και ευδόκιμη κατασκηνωτική εμπειρία (αφορά αποκλειστικά σε περίπτωση έλλειψης υποψηφίων με τα ανωτέρω προσόντα ή/και αδυναμίας ανάληψης καθηκόντων κατά την εξέλιξη του Προγράμματος, για διάφορους λόγους) | | [ ] |
| **ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ / ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ** | | |
| 4. Ευδόκιμη κατασκηνωτική εμπειρία (σε κατασκηνώσεις παιδιών) | | [ ] |
| 5. Ευδόκιμη κατασκηνωτική εμπειρία (σε κατασκηνώσεις παιδιών / ατόμων με αναπηρία) | | [ ] |
| 6. Εργασιακή εμπειρία σε σχέση με παιδιά / ενήλικες με αναπηρία | | [ ] |
| 7. Ικανότητες οργανωτικές, διοικητικές, διαχείρισης ομάδων, διαχείρισης κρίσεων | | [ ] |
| 8. Ειδικές γνώσεις / δεξιότητες: | | |
|  | α) Πρώτες Βοήθειες | [ ] |
| β) Ναυαγοσωστική | [ ] |
| γ) Δεξιότητες επικοινωνίας | [ ] |
| δ) Δεξιότητες ψυχοσυναισθηματικής στήριξης | [ ] |
| ε) Γνώσεις μεθόδων εναλλακτικής επικοινωνίας | [ ] |
| στ) Γνώσεις οργάνωσης ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων | [ ] |
| 9. Συστατικές επιστολές, εφόσον υπάρχουν | | [ ] |
| **ΣΥΝΟΛΟ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΠΟΥ ΠΛΗΡΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΥΠΟΨΗΦΙΟ/Α ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ/ΣΤΡΙΑ** | |  |

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

**(άρθρο 8 Ν.1599/1986)**

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών

(άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΠΡΟΣ(1): | **ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΥΝΟΧΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ** | | | | | | | | | | | | | |
| Ο – Η Όνομα: |  | | | | | Επώνυμο: | | |  | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης(2): | | | |  | | | | | | | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: | | | |  | | | Τηλ: | |  | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | |  | | | Οδός: |  | | | | | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): | | |  | | | | | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Εmail): | |  | | | | | |

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις(3) που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: |
| Δεν εκκρεμεί εις βάρος μου ποινική δίωξη, ούτε βρίσκεται σε ισχύ οριστική ή τελεσίδικη καταδικαστική απόφαση, η οποία δεν έχει καταστεί αμετάκλητη για:  (α) εγκλήματα που προβλέπονται στο 19ο κεφάλαιο του Ειδικού Μέρους του Ποινικού Κώδικα και τα εγκλήματα σχετικά με την οικογένεια των άρθρων 360 και 360Α του Ποινικού Κώδικα (ν.4619/2019, Α’ 95),  (β) εγκλήματα του ν.3500/2006 (Α’ 232) για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας,  (γ) εμπορία ανθρώπων σύμφωνα με το άρθρο 323Α του Ποινικού Κώδικα και τον ν.4521/2014 (Α’ 80),  (δ) διακίνηση ναρκωτικών σύμφωνα με τον ν.4139/2013 (Α’ 74),  (ε) τα εγκλήματα των άρθρων 187, 187Α, 187Β, 299, 306, 308 έως 312 και 324 του Ποινικού Κώδικα,  κατά τον χρόνο που υποβάλλεται η παρούσα δήλωση, κατ’ εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 7 του ν.4837/2021 (Α’ 178), για τη συμμετοχή / απασχόλησή μου στο πλαίσιο του Κατασκηνωτικού Προγράμματος για Άτομα με Αναπηρίες έτους 2024, ως μέρος του ευρύτερου Κρατικού Κατασκηνωτικού Προγράμματος του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας, η ευθύνη υλοποίησης του οποίου έχει ανατεθεί στην Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων Γονέων και Κηδεμόνων Ατόμων με Αναπηρία (ΠΟΣΓΚΑμεΑ). |
|  |
| (4) |

Ημερομηνία: …./…../2024

Ο/η Δηλών/ούσα

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «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. 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.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.