**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΓΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ ΕΚΕΨΥΕ**

**(Αριθμ. Γ4β/1630/15-1-2025 απόφαση του Υπουργού Υγείας)**

**Για την Πρόσκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος με αριθμό 606/24-01-2025**

**Για τον κωδικό θέσης ………………………..**

ΕΠΩΝΥΜΟ: ………………………………………………………………………………………………………

 ΟΝΟΜΑ: …………………………………………………………………………………………………………..

 ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: …………………………………………………………………………………………….

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: …………………………………………………………………………………………..

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ………………………………………………………………………………

Α.Δ.Τ. ……………………………………………………………………………………………………………..

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ……………………………………………………………………………………

 ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: ……………………………………………………………………………

email ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: ………………………………………………………………………………………

ΒΑΣΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ: …………………………………………………………………………….

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ : …………………………….

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ:……………

**Έχω στην κατοχή μου τα παρακάτω δικαιολογητικά και θα τα καταθέσω εφόσον αυτό ζητηθεί:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Α/Α** | **ΤΥΠΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ** | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
| 1 | Αποδεικτικά εργασιακής εμπειρίας  |  |  |
| 2 | Αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα |  |  |
| 3 | Αντίγραφο Α.Δ.Τ |  |  |
| 4 | Αντίγραφο Τίτλου Σπουδών  |  |  |
| 5 | Αντίγραφο Μεταπτυχιακών ή Διδακτορικών τίτλων  |  |  |
| 6 | Αντίγραφο άδειας άσκησης επαγγέλματος  |  |  |
| 7 | Αντίγραφο άσκησης Ιατρικής Ειδικότητας (για τους ιατρούς) |  |  |
| 8 | Αντίγραφο Εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο (για τους ιατρούς) |  |  |
| 9 | Βεβαίωση του Υπουργείου Υγείας περί εκπλήρωσης της υποχρεωτικής άσκησης υπηρεσίας υπαίθρου (για τους ιατρούς) |  |  |
| 10 | Αντίγραφο Εγγραφής στον ΣΚΛΕ, όπου απαιτείται |  |  |
| 11 | Αντίγραφο Εγγραφής στην ΕΝΕ, όπου απαιτείται |  |  |
| 12 | Πιστοποιητικά Γλωσσομάθειας |  |  |
| 13 | Πιστοποιητικά Γνώσης Χρήσης Η/Υ |  |  |
| 14 | Πιστοποίηση εκπαίδευσης σε δοκιμασίες νοημοσύνης WISC-V GR  |  |  |
| 15 | Πιστοποίηση εκπαίδευσης σε δοκιμασίες νοημοσύνης WAIS-ΙV GR |  |  |
| 16 | Επαγγελματική Ταυτότητα Λογιστή Φοροτεχνικού (για τις θέσεις ΤΕ Διοικητικού-Λογιστικού) |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ\*

### (άρθρο 8 Ν. 1599/1986)

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

|  |  |
| --- | --- |
| ΠΡΟΣ: | **ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΩΝ** |
| Ο – Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:  |  |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: |  |
| Ημερομηνία Γέννησης(1):  |  |
| Τόπος Γέννησης: |  |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: |  | Τηλ.: |  |
| Τόπος Κατοικίας: |  | Οδός: |  | Αριθ.: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): |  | Δ/νση Ηλεκτρον. Ταχυδρομείου(e- mail): |  |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις(2) που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

1. **Δεν έχω καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα και ότι δεν εμπίπτω στα κωλύματα που περιγράφονται στα «ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ» της προκήρυξης.**
2. **Τα στοιχεία** που συμπληρώνω στον πίνακα **για την απόδειξη της εμπειρίας είναι ακριβή**.
3. **Γνωρίζω ότι, εάν από καταγγελία ή αυτεπάγγελτο έλεγχο ή από οποιονδήποτε έλεγχο των αποδεικτικών στοιχείων προκύψει οποιαδήποτε διαφορά με όσα δηλώνω** στην υπεύθυνη δήλωση, τότε **θα** **μοριοδοτηθώ βάσει των στοιχείων που θα καταθέσω** και θα λάβω την αντίστοιχη κατάταξη.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Τίτλος σπουδών (3)*** | ***Εκπαιδευτικό ίδρυμα*** | ***Ημερομηνία κτήσης*** | ***Βαθμός*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ***Τίτλος Μεταπτυχιακών σπουδών (3)*** | ***Εκπαιδευτικό ίδρυμα*** |  | ***Ημερομηνία κτήσης***  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ***Τίτλος Διδακτορικών σπουδών (3)*** | ***Εκπαιδευτικό ίδρυμα*** |  | ***Ημερομηνία κτήσης***  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ***Άδεια άσκησης επαγγέλματος (όπου απαιτείται) (4)*** | ***Φορέας χορήγησης αυτής*** |  | ***Ημερομηνία λήψης*** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Ασφαλιστικός φορέας (5)*** | ***Συνολική διάρκεια ασφάλισης σε μήνες (εμπειρία στο αντικείμενο της θέσης)***  |
|  |  |
|  |  |
| ***Ξένες Γλώσσες (6)*** |  | ***Τίτλος γλωσσομάθειας - Πιστοποιητικό*** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ***Γνώση Χρήσης Η/Υ (7)*** |  | ***Φορέας χορήγησης πιστοποιητικού*** |
|  |  |
| ***Εκπαίδευση σε δοκιμασίες νοημοσύνης (8)*** | ***Φορέας χορήγησης πιστοποιητικού*** | ***Διάρκεια σε ώρες*** |
|  |  |  |
|  |  |  |

 **(1)** Αναγράφεται ολογράφως.

**(2)** «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».

**(3), (4), (5),(6),(7),(8)** Τα αντίστοιχα αποδεικτικά στοιχεία θα τα καταθέσω όταν αυτό ζητηθεί από το ΕΚΕΨΥΕ.

**ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ (1)**(Καταγράφεται από τον υποψήφιο όλη η εμπειρία που επικαλείται στην αίτησή του.)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **α/α** | **Από** | **Έως** | **(α)** | **(β)** | **Φορέας απασχόλησης – Εργοδότης** | **Κατηγορία φορέα (2)** | **Αντικείμενο απασχόλησης** |
| **Μήνες απασχόλησης** | **Ημέρες απασχόλησης** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  **ΣΥΝΟΛΟ** | **..........** | **..........** | **ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΜΗΝΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ (3)** |  |

**(1)** Αν ο χώρος του παραπάνω πίνακα δεν επαρκεί, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και δεύτερο έντυπο υπεύθυνης δήλωσης.

**(2)** Συμπληρώνεται κατά περίπτωση με «**Ι**» ή «**Δ**», **ανάλογα με την κατηγορία του φορέα απασχόλησης**, όπου **Ι:** Ιδιωτικός τομέας, Φυσικά Πρόσωπα ή Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (εταιρείες κτλ.)· **Δ:** Δημόσιος τομέας, υπηρεσίες του Δημοσίου ή ΝΠΔΔ ή ΟΤΑ α' και β' βαθμού ή ΝΠΙΔ του δημόσιου τομέα της παρ. 1 του άρθρ. 14 του Ν. 2190/1994 όπως ισχύει ή φορείς της παρ. 3 του άρθρ. 1 του Ν. 2527/1997. Εφόσον πρόκειται για ελεύθερο επαγγελματία, συμπληρώνεται με την ένδειξη «**Ε**».

**(3)** Συμπληρώνεται το ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΜΗΝΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ. Εφόσον στη στήλη **(β)** προκύπτει εμπειρία, το σύνολο των ημερών απασχόλησης διαιρείται **διά του 25** (αν η εμπειρία έχει υπολογιστεί ως αριθμός ημερομισθίων) ή **διά του 30** (αν η εμπειρία έχει υπολογιστεί ως χρονικό διάστημα από την ημερομηνία έναρξης έως την ημερομηνία λήξης της απασχόλησης) και το ακέραιο αποτέλεσμα προστίθεται στο σύνολο των μηνών απασχόλησης της στήλης **(α)**.

Ημερομηνία: ............................................

Ο/Η Δηλ.........

Υπογραφή