



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΗΠΕΙΡΟΥ
SOCIETY FOR THE PROMOTION OF MENTAL HEALTH IN EPIRUS

ΕΔΡΑ : Θ.ΠΑΣΧΙΔΗ 54 - 45445- ΙΩΑΝΝΙΝΑ
ΤΗΛ. 2651033532 — FAX : 26510 33852
e-mail : epropsi@otenet.gr

Αρ. Πρωτ.:

Ημερομηνία :

**συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*

ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ

Για την πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για πρόσληψη προσωπικού

στα πλαίσια των πράξεων με ΚΩΔ ΟΠΣ 5041881 ΚΑΙ 5044928 της Ε.ΠΡΟ.Ψ.Υ.Η.

ΠΡΟΣΟΧΗ:

Συμπληρώνονται ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ όλα τα πεδία με αστερίσκο (*).
Συνιστά λόγο ακύρωσης της αίτησης η μη συμπλήρωση των υποχρεωτικών πεδίων.
Η ακρίβεια των στοιχείων αποτελεί αποκλειστική ευθύνη του υπογράφοντος την αίτηση.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ(συμπληρώστε με κεφαλαία)

Επώνυμο (*) :

Όνομα (*) :

Όνομα πατρός (*) :

Ημερομηνία γέννησης (*)
(ημέρα/μήνας/έτος) :

Στοιχεία Δελτίου Ταυτότητας (*) : Αριθμός:.....Εκδ. αρχή:.....Ημ. Έκδοσης.....

Οικογενειακή κατάσταση (*) :

Αριθμός προστατευόμενων
τέκνων (*) :

Στρατιωτικές υποχρεώσεις
(για τους άνδρες υποψήφιους) (*) : Εκπληρωμένες..... Μη υπόχρεος
με νόμιμη απαλλαγή

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας (*)
(οδός, αριθμός, περιοχή, ΤΚ) :

Τηλέφωνα επικοινωνίας (*)
(σταθερό, κινητό) :

Ηλεκτρονική διεύθυνση :



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΗΠΕΙΡΟΣ 2014-2020

www.peproe.gr



Με την συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΜΕ «X» ΤΗ ΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΕΤΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ
(έως 2 επιλογές εφόσον υπάρχει ο απαιτούμενος τίτλος σπουδών)

<u>ΚΩΔΙΚΟΣ ΘΕΣΗΣ</u>	<u>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ</u>	<u>«X»</u>
A1.	Ψυχίατρος	
A2.	Ψυχολόγος	
A3.	Νοσηλεύτης ΤΕ	
A4.	Κοινωνικός Λειτουργός ΠΕ ή ΤΕ	
B1.	Παιδοψυχίατρος	
B2.	Ψυχολόγος	
B3.	Ειδικός Παιδαγωγός ΠΕ	
B4.	Κοινωνικός Λειτουργός ΠΕ ή ΤΕ	

ΣΠΟΥΔΕΣ (αναφέρατε έτος απόκτησης τίτλων, εκπαιδευτικό ίδρυμα, τίτλος πτυχίων/ κατεύθυνση και τυχόν ισοτιμίες) ^(*)

<u>A/A</u>	<u>ΕΤΟΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΤΙΤΛΟΥ ΣΠΟΥΔΩΝ</u>	<u>ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ</u>	<u>ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ</u>	<u>ΒΑΘΜΟΣ</u>

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ (αναφέρατε διάστημα απασχόλησης – με ασφαλιστική κάλυψη σε κύρια ασφαλ. ταμεία- επωνυμία εργοδότη, ειδικότητα/αντικείμενο/τίτλο θέσης) ^(*)

<u>A/A</u>	<u>ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ</u>	<u>ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ</u>	<u>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ</u>



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



Με την συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΕΣ^(*)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Γνώση Windows		
Γνώση Microsoft Office		
ECDL		

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ :

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....
- 10.....

Ενημέρωση για Προσωπικά Δεδομένα σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 και τον Ν. 4624/2019

Το βιογραφικό σας σημείωμα καθώς και κάθε άλλο προσωπικό στοιχείο που συμπεριλαμβάνεται σε αυτό, θεωρείται δεδομένο προσωπικού χαρακτήρα σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου (ο «Κανονισμός 2016/679») και το νόμο για την Προστασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα). Με την αποστολή του βιογραφικού σημειώματός σας καθώς και κάθε άλλου συνημμένου προσωπικού εγγράφου συγκατατίθεστε στην απαιτούμενη επεξεργασία από την εταιρεία Ε.ΠΡΟ.Ψ.Υ.Η. των Προσωπικών σας Δεδομένων με σκοπό την αξιολόγηση των ικανοτήτων σας για την κάλυψη θέσης, για την οποία αποστέιλате το βιογραφικό σας σημείωμα, (στο εξής η «Επεξεργασία»). Για τους σκοπούς της Επεξεργασίας στα Προσωπικά σας Δεδομένα δύναται να έχει πρόσβαση και να τα αποθηκεύει το προσωπικό της Εταιρείας Ε.ΠΡΟ.Ψ.Υ.Η., για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται για την εκπλήρωση του ανωτέρω σκοπού και πάντως όχι για διάστημα μεγαλύτερο του ενός έτους. Μετά την παρέλευση του ενός έτους τα προσωπικά σας δεδομένα θα διαγραφούν, εάν επιθυμείτε συνέχεια της επεξεργασίας θα σας ζητηθεί ρητή συγκατάθεση εκ νέου, βάσει του Κανονισμού.

Η εταιρεία Ε.ΠΡΟ.Ψ.Υ.Η. σας ενημερώνει ότι η επεξεργασία των εν λόγω προσωπικών δεδομένων βασίζεται στη συγκατάθεσή σας και ότι τα δεδομένα αυτά δεν διαβιβάζονται σε τρίτους. Σύμφωνα με τον Κανονισμό 2016/679 και τα άρθρα 33-35 του Ν. 4624/2019 μπορείτε να ασκήσετε όλα τα δικαιώματά σας και, ιδίως, το δικαίωμα ανάκλησης της συγκατάθεσης, το δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, αντίταξης, περιορισμού της επεξεργασίας, το δικαίωμα στη φορητότητα των δεδομένων, το δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην αρμόδια Αρχή (Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα www.dpa.gr), καθώς και το δικαίωμα εναντίωσης, με την υποβολή σχετικού αιτήματος.

Έλαβα γνώση και αποδέχομαι ΝΑΙ ΟΧΙ

Ημερομηνία :...../...../201.....

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΟΥΣΑ

(υπογραφή)



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



Με την συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

