

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΣΥΝΑΨΗ ΣΤΟ ΦΑΚΕΛΟ ΣΑΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΝΤΥΠΩΝ ΜΕ ΤΗ ΣΕΙΡΑ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΚΑΤΩΘΙ ΠΙΝΑΚΑ

1.	Δελτίο απογραφής αναπληρωτή/τριας. Το δελτίο απογραφής πρέπει να φέρει την ίδια ημερομηνία με την πράξη ανάληψης στη σχολική σας μονάδα (βλ. αρ. 4) (συνημμένο στο παρόν αρχείο).
2.	Ατομικά στοιχεία αναπληρωτή/τριας (συνημμένο στο παρόν αρχείο).
3.	Υπεύθυνη Δήλωση (αφορά κωλύματα πρόσληψης, συνημμένο στο παρόν αρχείο). Οι άρρενες αναπληρωτές θα χρειαστεί να συμπληρώσουν τον Δήμο/Κοινότητα καθώς και τον αριθμό εγγραφής στα μητρώα αρρένων και τον στρατιωτικό τους αριθμό (ΑΣΜ ή ΣΑ).
4.	Πράξη ανάληψης υπηρεσίας στη σχολική μονάδα (συνημμένο στο παρόν αρχείο). Την ημέρα που θα παρουσιαστεί και θα αναλάβετε υπηρεσία στη σχολική μονάδα τοποθέτησής σας, αλλά και στα σχολεία διάθεσης, είναι απαραίτητο να συμπληρώσετε προσεκτικά, σε συνεννόηση με τον/την Διευθυντή/τρια του σχολείου, Πράξη ανάληψης υπηρεσίας. Συνιστούμε να χρησιμοποιήσετε το επισυναπτόμενο έντυπο γιατί είναι σύμφωνο με την πράξη ΕΣΠΑ που έχετε προσληφθεί. ΠΡΟΣΟΧΗ: Η Πράξη ανάληψης υπηρεσίας, αφού υπογραφεί, πρωτοκολληθεί και σφραγισθεί, θα παραμείνει στο αρχείο του σχολείου και δεν θα επισυναφθεί στο φάκελό σας. Επίσης, η πράξη ανάληψης στο σχολείο τοποθέτησης πρέπει να φέρει την ίδια ημερομηνία με το Δελτίο απογραφής αναπληρωτή/τριας (βλ. αρ. 1).
5.	Αναγνώριση προϋπηρεσίας. Για την αναγνώριση προϋπηρεσίας (σύμφωνα με το ν. 4354/2015): α) Αίτηση αναγνώρισης προϋπηρεσίας (συνημμένο στο παρόν αρχείο). β) Βεβαιώσεις προϋπηρεσίας για κάθε έτος ξεχωριστά από τις Διευθύνσεις Εκπαίδευσης ή άλλους φορείς απασχόλησης που δεν είναι καταχωρημένες στον ΟΠΣΥΔ. γ) Υπεύθυνη Δήλωση (συνημμένο στο παρόν αρχείο) ότι για την εν λόγω προϋπηρεσία δεν λάβατε σύνταξη, αποζημίωση ή άλλο βοήθημα αντί σύνταξης, δ) Τα σχετικά ένημα ή βεβαιώσεις ασφαλιστικού φορέα που αποδεικνύουν ότι για το χρονικό διάστημα κατά το οποίο προσφέρθηκε η προϋπηρεσία υπήρξατε ασφαλισμένος/η, ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Βεβαιώσεις προϋπηρεσιών σε Ν.Π.Ι.Δ. ή άλλους φορείς θα γίνονται δεκτές μόνο όσες έχουν πλήρη στοιχεία (αποφάσεις πρόσληψης και απόλυσης, η ιδιότητα με την οποία υπηρετήσατε, η σχέση εργασίας, το ωράριο εργασίας - πλήρες ή μειωμένο - το υποχρεωτικό πλήρες ωράριο σε περίπτωση εργασίας με μειωμένο ωράριο, η νομική μορφή του φορέα, η διάρκεια της προϋπηρεσίας, βεβαίωση που να αναφέρει ότι υπάγεται στο πεδίο εφαρμογής της Παραγράφου 1 του Άρθρου 7 του Ν.4354/2015). • Στην περίπτωση βεβαιώσεων προϋπηρεσίας από Σχολεία Δεύτερης Ευκαιρίας απαιτείται και η σύμβαση εργασίας • Τα παραπάνω δικαιολογητικά πρέπει να υποβληθούν από όλους όσοι έχουν προϋπηρεσία ακόμα και αν αυτή έχει αναγνωριστεί σε προηγούμενα έτη.
6.	Φωτοαντίγραφο δελτίου ταυτότητας.
7.	Φωτοαντίγραφο πτυχίου (σε περίπτωση ξενόγλωσσου πτυχίου απαιτείται και μετάφραση, ΔΟΑΤΑΠ και απολυτήριο ελληνικού Λυκείου).
8.	Φωτοαντίγραφο μεταπτυχιακού τίτλου (αν υπάρχει) και σε περίπτωση ξενόγλωσσου μεταπτυχιακού απαιτείται μετάφραση και ΔΟΑΤΑΠ. Απαραίτητα δικαιολογητικά για την αναγνώριση: α) Αίτηση αναγνώρισης συνάφειας (συνημμένο στο παρόν αρχείο), β) Αναλυτική βαθμολογία, γ) Αποδεικτικό του θέματος της διπλωματικής εργασίας, δ) Για τους ΕΕΠ : Βεβαίωση του ιδρύματος που παρέχει το Π.Μ.Σ. αναφορικά με το ακριβές περιεχόμενο της Πρακτικής Άσκησης που περιλαμβάνει το Πρόγραμμα, την ακριβή διάρκεια της σε ώρες εργασίας και την αντιστοιχία αυτής σε πιστωτικές μονάδες ECTS, καθώς και αναλυτική περιγραφή των δομών στις οποίες αυτή διεξάγεται. • Για τα ανωτέρω δικαιολογητικά όταν είναι ξενόγλωσσα, απαιτείται επίσημη μετάφραση. • Τα παραπάνω δικαιολογητικά πρέπει να υποβληθούν από όλους τους κατόχους μεταπτυχιακού τίτλου, ακόμα και αν ο τίτλος τους αναγνωρίστηκε κατά τα προηγούμενα έτη υπηρεσίας τους.
9.	Φωτοαντίγραφο διδακτορικού τίτλου (αν υπάρχει) και σε περίπτωση ξενόγλωσσου διδακτορικού τίτλου απαιτείται μετάφραση και ΔΟΑΤΑΠ. Απαραίτητα δικαιολογητικά: α) Αίτηση αναγνώρισης συνάφειας (συνημμένο στο παρόν αρχείο), β) Περιληψη του περιεχομένου της Διδακτορικής διατριβής, γ) Τα ονόματα της Τριμελούς Επιτροπής. Τα παραπάνω δικαιολογητικά πρέπει να υποβληθούν από όλους τους κατόχους διδακτορικού τίτλου, ακόμα και αν ο τίτλος τους αναγνωρίστηκε κατά τα προηγούμενα έτη υπηρεσίας τους.
10.	Φωτοαντίγραφο Σεμιναρίου 400 ωρών ή φωτοαντίγραφο βεβαίωσης BRAILLE ή φωτοαντίγραφο βεβαίωσης Νοηματικής γλώσσας.
11.	ΑΦΜ: Εκτύπωση σελίδας από τον ΟΠΣΥΔ στην οποία αναγράφεται ο ΑΦΜ. Η διαδικασία γίνεται ως ακολούθως: εισαγωγή στο Σύστημα με κωδικούς ΟΠΣΥΔ, κλικ στο σύνδεσμο <i>Φάκελος</i> , δεξί κλικ και <i>εκτύπωση</i> εάν δίνει αυτή την επιλογή ή <i>αποθήκευση ως...</i>
12.	ΑΜΚΑ: Φωτοτυπία επίσημου παραστατικού στο οποίο αναφέρεται ο ΑΜΚΑ.
13.	ΑΜΑ: Φωτοτυπία επίσημου παραστατικού στο οποίο αναφέρεται ο ΑΜΑ.
14.	Παλιός/νέος ασφαλισμένος: Εκτύπωση Βεβαίωσης Απογραφής e-ΕΦΚΑ (η βεβαίωση εκτυπώνεται από την ιστοσελίδα https://www.efka.gov.gr/el/bebaiose-arographes με κωδικούς TAXISNET).
15.	Φωτοαντίγραφο πρώτης σελίδας βιβλιαρίου τραπέζης, όπου θα αναγράφεται καθαρά το IBAN και να αναφέρεται ως πρώτος δικαιούχος ο προσλαμβανόμενος εκπαιδευτικός. Γίνεται δεκτό και άλλο αντίγραφο επίσημου εγγράφου που αποδεικνύει το IBAN .
16.	Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης μόνο εάν είστε έγγαμη/ος ή με σύμφωνο συμβίωσης και αν υπάρχουν προστατευόμενα τέκνα. Σε περίπτωση τέκνου σπουδάζοντος απαιτείται και η αντιστοιχη βεβαίωση φοίτησης.
17.	Πρόσφατες πρωτότυπες ιατρικές γνωματεύσεις: α) παθολόγου ή γενικού ιατρού,β) ψυχιάτρου. ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Γίνονται δεκτές γνωματεύσεις και από ιατρούς δημοσίων δομών (φέροντας απαραίτητα τη στρόγγυλη σφραγίδα της δομής) και από ιδιώτες. Επίσης, για να αποφύγετε οποιαδήποτε ταλαιπωρία, είναι απαραίτητο να επισημανθεί στον παθολόγο ή γενικό ιατρό και τον ψυχίατρο ότι θα πρέπει στη γνωμάτευση που θα σας χορηγήσει να πιστοποιείται η υγεία και να αναγράφεται οπωσδήποτε η εξής πρόταση: ΓΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ: Είναι ικανός/ή να ασκήσει τα διδακτικά του/της καθήκοντα στην Εκπαίδευση όπου έχει προσληφθεί. ΓΙΑ ΕΕΠ-ΕΒΠ: Είναι ικανός/ή να ασκήσει τα υποστηρικτικά του/της καθήκοντα στην Εκπαίδευση όπου έχει προσληφθεί. ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι ιατρικές γνωματεύσεις προσκομίζονται ΑΜΕΣΑ.
18.	Πιστοποιητικό αναπηρίας ΚΕΠΑ (για ειδικές κατηγορίες) εάν υπάρχει.
19.	Βεβαίωση εγγραφής στην ΕΝΕ για τους/τις αναπληρωτές/-τριες ειδικότητας ΠΕ25 – Σχολικοί Νοσηλευτές
20.	Άδεια άσκησης επαγγέλματος για όλους τους/τις αναπληρωτές/-τριες ΕΕΠ

Στις περιπτώσεις που υφίστανται τα παρακάτω αιτήματα κατά την ημέρα ανάληψης, παρακαλούμε να αποσταλούν μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά στο e-mail της ΔΠΕ ΔΥΤΙΚΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ (mail@dipe-v-thess.thess.sch.gr) για την άμεση χορήγησή τους. Τα πρωτότυπα έντυπα (αίτηση και δικαιολογητικά) παραμένουν στον ατομικό φάκελο πρόσληψης του/της αναπληρωτή/-τριας.

21.	Αίτηση χορήγησης μειωμένου ωραρίου για τις αναπληρώτριες με τέκνα κάτω των δύο ετών. *ΑΥΘΗΜΕΡΟΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΣΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ*
22.	Αίτηση αδειών μητρότητας (κύησης, λοχείας, ανατροφής, άνευ αποδοχών). Περισσότερες πληροφορίες για τα απαραίτητα έντυπα χορήγησης αυτών των αδειών στο τηλέφωνο 2310587077. *ΑΥΘΗΜΕΡΟΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΣΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ*
23.	Αίτηση χορήγησης μειωμένου ωραρίου σε εκπαιδευτικό λόγω συνολικής εκπαιδευτικής προϋπηρεσίας άνω των 10 ετών καθώς και σε ΕΕΠ λόγω συνολικής προϋπηρεσίας άνω των 5 ετών, έως 31/12/2023. *ΑΥΘΗΜΕΡΟΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΣΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ*

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΗ:

Οι αναπληρωτές/τριες έχουν την απόλυτη ευθύνη της προσκόμισης όλων των δικαιολογητικών/εγγράφων έγκαιρα. **ΚΑΜΙΑ** προϋπηρεσία δεν μπορεί να αναγνωρισθεί ώστε να αποδοθεί το αντίστοιχο μισθολογικό κλιμάκιο αν υπάρχουν ελλείψεις στον ατομικό φάκελο.

Για την αναγνώριση προϋπηρεσίας των αναπληρωτών/τριών σύμφωνα με τον Ν.4354/2015 απαιτούνται:

1. Αίτηση αναγνώρισης προϋπηρεσίας (συνημμένο στο παρών αρχείο) με αναγραφόμενες όλες τις προϋπηρεσίες προς αναγνώριση ανά έτος
2. Υπεύθυνη Δήλωση (συνημμένο στο παρών αρχείο) ότι για την εν λόγω προϋπηρεσία δεν λάβατε σύνταξη, αποζημίωση ή άλλο βοήθημα αντί σύνταξης
3. Τη βεβαίωση προϋπηρεσίας από το Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Διαχείρισης Προσωπικού (ΟΠΣΥΔ) Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης για το σύνολο της προϋπηρεσίας σας
4. Τη βεβαίωση προϋπηρεσίας του σχολικού έτους 2022-2023 από την αρμόδια Διεύθυνση Εκπ/σης.
5. Βεβαιώσεις προϋπηρεσίας άλλων φορέων απασχόλησης- εφόσον υπάρχουν- με τα πλήρη στοιχεία*
6. Τα σχετικά ένσημα (Προσοχή: **χωρίς ένσημα δεν αναγνωρίζεται ΚΑΜΙΑ προϋπηρεσία**)
7. Υπεύθυνη Δήλωση (συνημμένο στο παρών αρχείο) ότι δεν έχει προσκομισθεί καμία προϋπηρεσία προς αναγνώριση κατά το σχολικό έτος 2023-2024, εφόσον δεν υπάρχει καμία προϋπηρεσία προς αναγνώριση

***Σημείωση:**

Βεβαιώσεις προϋπηρεσίας σε Ν.Π.Ι.Δ. ή άλλους φορείς γίνονται δεκτές **μόνο** αν περιλαμβάνουν τα εξής στοιχεία σύμφωνα με τον Ν.4354/2015: «Αποφάσεις πρόσληψης και απόλυσης, η ιδιότητα με την οποία υπηρέτησαν, η σχέση εργασίας, το ωράριο εργασίας (πλήρες ή μειωμένο), το υποχρεωτικό ωράριο του φορέα, η διάρκεια των προϋπηρεσιών αυτών, η νομική μορφή του φορέα καθώς και αν υπάγεται στο πεδίο εφαρμογής της Παραγράφου 1 του Άρθρου 7 του ν.4354/2015.»

Όλα τα παραπάνω δικαιολογητικά πρέπει να υποβληθούν από όλους τους αναπληρωτές/τριες ακόμα και αν η προϋπηρεσία τους έχει αναγνωρισθεί σε προηγούμενα έτη.

A. ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΕΝΤΥΠΑ

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΕΕΠ/ΕΒΠ																					
Επώνυμο:								Όνοματεπώνυμο πατέρα:													
Όνομα:								Όνοματεπώνυμο μητέρας													
Κλάδος:								Ειδικότητα (ολογράφως):													
Ημ/νία Ανάληψης υπηρεσίας:								Σχολείο τοποθέτησης:													
Α.Δ.Τ.:								Υπηκοότητα:													
Δ.Ο.Υ.:								Ημ/νία Γέννησης (πλήρης): / /													
Α.Φ.Μ.																					
Κινητό:								Σταθερό:													
Δνση Ηλτα (email):																					
Διεύθυνση κατοικίας (οδός, αριθμός):																					
Πόλη:								Τ.Κ. :													
Δήμος:								Περιφερειακή Ενότητα (νομός):													
Οικ. Κατάσταση: Εγγ. Αγαμ. Διαζ. Χηρ. Κυκλώστε το σωστό																					
Αριθμός παιδιών		ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙΟΥ (Σε μορφή: ηη / μμ / εεεε)																			
.....		1 ^ο ΠΑΙΔΙ				2 ^ο ΠΑΙΔΙ				3 ^ο ΠΑΙΔΙ				4 ^ο ΠΑΙΔΙ				5 ^ο ΠΑΙΔΙ			
Αριθμός Παιδιών που έχει ασφαλίσει ο Εκπ/κος, για Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στο βιβλιάρειο του:																					
Α.Μ. ΕΦΚΑ				Α.Μ.Κ.Α																	
IBAN:		GR																			
Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ:								ΝΑΙ/ΟΧΙ				Υπηρεσία ΟΑΕΔ									
Λαμβάνω μέχρι σήμερα επίδομα ανεργίας																					
Είμαι συνταξιούχος																					
Ανάληψη Εργασίας για πρώτη φορά, από 01/01/2022 (παρ. 1 του άρθρου 6 του ν. 4826/2021, ασφάλιση Τ.Ε.Κ.Α.)																					
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή, προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>. ➤ Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας: 																					
ΤΑΜΕΙΟ		ΝΑΙ		Αρ. Μητρώου Κλαδικού Ταμείου				Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά)				Με 5/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)		Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)							
ΤΕΑΧ																					
ΝΟΜΙΚΩΝ																					
ΤΣΜΕΔΕ																					
ΤΣΑΥ																					
ΑΛΛΟ																					

...../...../.....

Η δηλούσα / Ο δηλών

Επισημαίνεται ότι, η σωστή & καθαρογραμμένη συμπλήρωση του Δελτίου Απογραφής είναι υποχρέωση του Αναπληρωτή. Ο εκάστοτε παραλήπτης των δικαιολογητικών πρόσληψης έχει την ευθύνη ελέγχου της ορθότητας των κατατεθειμένων δικαιολογητικών και την απόρριψη όσων είναι πλημμελώς ή μη ευκρινώς συμπληρωμένα.



Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Πρόγραμμα Ανθρώπινο Δυναμικό και Κοινωνική Συνοχή

Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ Υ.ΠΑΙ.Θ.Α.

ΠΡΑΞΗ ΑΝΑΛΗΨΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Ημερομηνία:.....

Αρ. πρωτ.:

Του/Της¹:

.....
αναπληρωτή εκπ/κού/ΕΕΠ/ΕΒΠ¹

Κλάδου.....

κατοίκου:.....

οδός:.....

Τ.Κ.:.....

Α.Δ.Τ :

Τηλέφωνο:

Κινητό:

E-mail:

ΠΡΟΣ:

Το Δημοτικό Σχολείο/Νηπιαγωγείο¹

.....

Αναφέρω ότι σήμερα,,
(ημέρα)

...../...../202..... παρουσιάστηκα και ανέλαβα

υπηρεσία στο Δημοτικό

Σχολείο/Νηπιαγωγείο¹

.....

Ο-Η Εκπ/κός/ΕΕΠ/ΕΒΠ¹

(Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή)

Πράξη τοποθέτησης – διάθεσης:

Αρ. πρωτ²...../.....

(ΑΔΑ².....)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Βεβαιώνεται η ημερομηνία ανάληψης υπηρεσίας
και το γνήσιο της υπογραφής τ.....

.....

...../...../202.....
(τόπος) (ημέρα)

Ο/Η Δ/ντής/ντρια - Ο/Η Προϊστάμενος/η¹

(Ονοματεπώνυμο, Υπογραφή & Σφραγίδα)

1. Επιλέξετε αναλόγως
2. Αναγράψτε τον αριθμό πρωτοκόλλου
και την ημερομηνία της Απόφασης
Τοποθέτησης και τον ΑΔΑ της.



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Πρόγραμμα
Ανθρώπινο Δυναμικό και
Κοινωνική Συνοχή



ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ/ΕΕΠ/ΕΒΠ ΕΣΠΑ/ΠΔΕ/ΔΥΕΠ

Επώνυμο			
Όνομα			
Πατρώνυμο			
Μητρώνυμο			
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η <input type="checkbox"/>	Άγαμος/η <input type="checkbox"/>	Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/> Χήρος/α <input type="checkbox"/>
Ονοματεπώνυμο συζύγου			
Αριθμός τέκνων (αριθμητικά & ολογράφως)			
Ημερομηνία γέννησης			
Φύλο	Γυναίκα <input type="checkbox"/>	Άνδρας <input type="checkbox"/>	
Υπηκοότητα			
Στοιχείο ταυτοποίησης(Διαβατήριο, Αστ. Ταυτότητα, κ. ά.)	Αριθμός : Ημερομηνία Έκδοσης:		
Δήμος εγγραφής στο Μητρώο Αρρένων:			
Στρατιωτικός Αριθμός (Για τους άνδρες):			
Α.Φ.Μ.			
Δ.Ο.Υ.			
Α.Μ.Κ.Α.			
Α.Μ. ΙΚΑ			
Ειδικότητα (ολογράφως)			ΠΕ.....
Μεταπτυχιακό:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Διδακτορικό:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Αναλαμβάνω πρώτη φορά εργασία ως μισθωτός	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Καθεστώς απασχόλησης (είδος απασχόλησης)	Πλήρης <input type="checkbox"/>	Μερική <input type="checkbox"/>	
Λήψη επιδόματος ανεργίας από ΟΑΕΔ	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Αν ΝΑΙ, από ποια υπηρεσία ΟΑΕΔ			
Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας			
Τ.Κ., Πόλη			
Χώρα γέννησης			
Τόπος γέννησης			
Τηλέφωνο Οικίας			
Κινητό Τηλέφωνο			
E-mail			
Αριθμός Λογαριασμού Τραπέζης			
IBAN			
ΚΕΠΑ	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	Προσοστό: _____	

Ημερομηνία: ... / ... /

Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ



Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Πρόγραμμα Ανθρώπινο Δυναμικό και Κοινωνική Συνοχή



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:	ΔΠΕ ΔΥΤΙΚΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ								
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:									
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:									
Ημ/νία γέννησης: (Ολογράφως)									
Τόπος Γέννησης:									
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:									
Αριθ. Φορολ. Μητρώου:				Τηλ:	ΣΤΑΘΕΡΟ:				
ΔΟΥ:					ΚΙΝΗΤΟ:				
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:		ΤΚ:	
Αρ. Τηλεομοιότυπου (Fax):				Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽¹⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Δεν υπηρετώ (ανεξαρτήτως του είδους της σχέσης) με πλήρη απασχόληση στον Δημόσιο Τομέα, σε Ν.Π.Δ.Δ., σε Ο.Τ.Α., συμπεριλαμβανομένων και των ενώσεων αυτών, σε Δημόσια Επιχείρηση ή Οργανισμό [αφορά μόνο τους προσλαμβανόμενους αναπληρωτές με πλήρες ωράριο απασχόλησης (Γνωμ. ΝΣΚ 251/2007)].
- Δεν κατέχω θέση εκπαιδευτικού σε δημόσια εκπαίδευση άλλης χώρας [διατάξεις του άρθρου 15 περιπτ. α' παρ.9 και περιπτ. β' παρ. 7 του ν. 1566/1985 (Α' 167)].
- Δεν απολύθηκα από θέση δημόσιας υπηρεσίας ή Ο.Τ.Α. ή άλλου νομικού προσώπου του δημοσίου τομέα, λόγω επιβολής της πειθαρχικής ποινής της οριστικής παύσης ή λόγω καταγγελίας της σύμβασης εργασίας για σπουδαίο λόγο, οφειλόμενο σε υπαιτιότητά μου, ή ότι, σε αντίθετη περίπτωση, έχει παρέλθει πενταετία από την απόλυση.
- α) Δεν έχει ασκηθεί σε βάρος μου ποινική δίωξη και δεν έχω καταδικαστεί για οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή για οποιοδήποτε έγκλημα οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής [άρθρο. 41, «Πειθαρχικό Δίκαιο εκπαιδευτικών δημοσίων σχολείων», παρ. 1 του ν. 4301/2014 (Α' 223)].
β) Δεν εμπύπτω στα κωλύματα του άρθρου 8⁽²⁾, «Ποινική καταδίκη, στερητική ή επικουρική δικαστική συμπαράσταση», του ν.3528/2007 (Α' 26).
γ) Έχω την υγεία και τη φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των διδακτικών μου καθηκόντων (παρ. 1 του άρθρου 7 του ν. 4210/2013)
- Δεν είμαι ιδιοκτήτης-τρια/μέτοχος/διδάσκων-ουσα σε φροντιστήριο/ιδιωτικό σχολείο.
- Δεν είμαι μέτοχος σε εταιρεία, ούτε έχω οποιαδήποτε εμπορική ιδιότητα.
- Έχω εκπληρώσει/έχω νόμιμα απαλλαγεί από τις στρατιωτικές μου υποχρεώσεις (για τους άρρενες προσλαμβανόμενους αναπληρωτές).
- Έχω τα απαιτούμενα ειδικά τυπικά προσόντα διορισμού στην πρωτοβάθμια/ στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση που απαιτούνται για τη θέση την οποία έχω κληθεί να υπηρετήσω [παρ. 2 του άρθρου 54 του ν.4589/2019 (Α' 13)].

Δήμος ή Κοινότητα εγγραφής στο Μητρώο Αρρένων:, Στρατιωτικός Αριθμός:.....

Ημερομηνία / / 202
Ο – Η Δηλών / Δηλούσα

(1) «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.

(2) άρθρ. 8, «Ποινική καταδίκη, στερητική ή επικουρική δικαστική συμπαράσταση», Ν. 3528/2007 (ΦΕΚ 26 Α'/9-2-2007)

Δεν διορίζονται υπάλληλοι:

- Όσοι καταδικάστηκαν για κακούργημα και σε οποιαδήποτε ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση (κοινή και στην υπηρεσία), απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, απιστία δικηγόρου, δωροδοκία, καταπίεση, απιστία περί την υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος, καθ' υποτροπή συκοφαντική δυσφήμιση, καθώς και για οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή έγκλημα οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής.
- Οι υπόδικοι που έχουν παραπεμφθεί με τελεσίδικο βούλευμα για κακούργημα ή για πλημμέλημα της περίπτωσης α', έστω και αν το αδίκημα έχει παραγραφεί.
- Όσοι, λόγω καταδίκης, έχουν στερηθεί τα πολιτικά τους δικαιώματα και για όσο χρόνο διαρκεί η στέρηση αυτή.
- Όσοι τελούν υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική), υπό επικουρική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) και υπό τις δύο αυτές καταστάσεις.

Αρ. πρωτ:

Παραλήφθηκε:

ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ ΕΣΠΑ

ΠΡΟΣ: ΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ

.....

ΟΝΟΜΑ

.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ

.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

.....

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ

.....

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ

.....

Θέμα: Αναγνώριση προϋπηρεσίας

Θεσσαλονίκη,

Παρακαλώ να αναγνωρίσετε τις παρακάτω
προϋπηρεσίες που καταθέτω:

1.

.....

2.

.....

3.

.....

4.

.....

5.

.....

6.

.....

7.

.....

8.

.....

9.

.....

10.

.....

11.

.....

12.

.....

13.

.....

14.

.....

Ο/Η ΑΙΤ.....





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⁾ :									
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/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):					

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:

.....για την εν λόγω προϋπηρεσία δεν έλαβα σύνταξη, αποζημίωση ή άλλο βοήθημα αντί σύνταξης .

(4)

Ημερομηνία:/...../.....

Ο – Η Δηλούσα

(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.

Β. ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΑ ΕΝΤΥΠΑ (ΑΙΤΗΣΕΙΣ)

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ

.....

ΟΝΟΜΑ

.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ

.....

ΣΧΟΛΕΙΟ

.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

.....

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ

.....

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ

.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

.....

Θέμα:

.....

.....

.....

ΠΡΟΣ:

Παρακαλώ να

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Θεσσαλονίκη,

Ο/Η ΑΙΤ.....



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Πρόγραμμα
Ανθρώπινο Δυναμικό και
Κοινωνική Συνοχή



Επιτελική
Δομή ΕΣΠΑ
Υ.ΠΑΙ.Θ.Α.

ΑΙΤΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ

.....

ΟΝΟΜΑ

.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ

.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

.....

ΣΧΟΛΕΙΟ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ

.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

.....

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ

.....

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ

.....

ΠΡΟΣ:

Παρακαλώ να

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

για λόγους (αναλυτική αναφορά) ...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Θέμα:

.....

.....

.....

Ο/Η ΑΙΤ.....

(υπογραφή)

Θεσσαλονίκη,



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Πρόγραμμα
Ανθρώπινο Δυναμικό και
Κοινωνική Συνοχή



Επιτελική
Δομή ΕΣΠΑ
Υ.ΠΑΙ.Θ.Α.

Αρ. πρωτ:

Παραλήφθηκε:

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ ΕΣΠΑ ΓΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ/ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ ΤΙΤΛΟΥ**

ΕΠΩΝΥΜΟ

.....

ΟΝΟΜΑ

.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ

.....

ΣΧΟΛΕΙΟ

.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

.....

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ

.....

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ

.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

.....

Θέμα:

.....

.....

.....

ΠΡΟΣ:

Παρακαλώ να αναγνωρίσετε ως προς τη συνάφεια(Παρακαλούμε για τη συμπλήρωση των στοιχείων όπως αναφέρονται στα έγγραφα που επισυνάπτετε):

Μεταπτυχιακό Διδακτορικό

Φορέας έκδοσης:

.....

.....

.....

.....

Αντικείμενο(π.χ. Ειδική Αγωγή

Γλωσσολογία, Ζωγραφική).....

.....

.....

.....

Θεσσαλονίκη,

Ο/Η ΑΙΤ.....



Αρ. πρωτ:

Παραλήφθηκε:

ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ ΕΣΠΑ ΓΙΑ ΜΕΙΩΜΕΝΟ ΩΡΑΡΙΟ

ΕΠΩΝΥΜΟ

.....

ΟΝΟΜΑ

.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ

.....

ΣΧΟΛΕΙΟ

.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

.....

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ

.....

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ

.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

.....

Θέμα:

.....

.....

.....

ΠΡΟΣ:

Παρακαλώ να

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Θεσσαλονίκη,

Ο/Η ΑΙΤ.....

