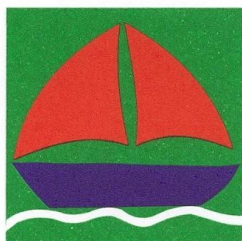


Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΦΙΛΩΝ Α.με.Α ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ
Λ. Φανερωμένης 33 - ΣΑΛΑΜΙΝΑ Τ.Κ 18900
Τηλ/ f.a.x : 210 4640 728
www.ameasalaminas1992.gr - e mail: ameeasalaminas1992@gmail.com
ΜΙΚΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ – ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
για Α.με.Α "ΑΓΙΟΣ ΣΥΜΕΩΝ"
Τέρμα Ταξιαρχών & Αγ. Μαρκέλλας - ΣΑΛΑΜΙΝΑ Τ.Κ 18902

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

Προς Σύλλογο Γονέων – Φίλων ΑμεΑ Σαλαμίνας

Ημερομηνία Παραλαβής* :/...../ 2017

Αριθμός Πρωτοκόλλου * :/...../2017

*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία

Συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία με κεφαλαία γράμματα και βάλτε Χ στα τετράγωνα που επιλέγετε.

Κλάδος και Ειδικότητα (σύμφωνα με τη κωδικοποίηση της προκήρυξης)

Κλάδος : Ειδικότητα :

Προσωπικά Στοιχεία (όλα τα πεδία πρέπει να συμπληρωθούν υποχρεωτικά)

.....
(Όνομα)

.....
(Επώνυμο)

.....
(Πατρώνυμο)

Ημερομηνία Γέννησης:/...../.....

Φύλο : Άνδρας

☐

Γυναίκα

☐

Αρ. ταυτότητας:

--	--	--	--	--	--	--	--

ΑΦΜ:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Διεύθυνση (όλα τα πεδία πρέπει να συμπληρωθούν υποχρεωτικά)

Οδός: Αρ.: Τ.Κ. : Πόλη:

Περιοχή: Τηλ. σταθερό: Κινητό.....

Email..... Fax:

Βαθμίδα Εκπαίδευσης

1. Εμπειροτεχνίτης : ☐ 2. Υποχρεωτικής Εκπ/σης (ΥΕ): ☐ 3. Δευτεροβάθμιας Εκπ/σης (ΔΕ): ☐

4. Τεχνολογικής Εκπ/σης (ΤΕΙ): ☐ 5. Ανώτατης Εκπ/σης (ΑΕΙ): ☐

Τίτλος Πτυχίου:

Έτος Κτήσης Πτυχίου:/...../.....

Μεταπτυχιακές Σπουδές

Μεταπτυχιακό στο Αντικείμενο : ☐

Τίτλος:

Διδακτορικό στο Αντικείμενο: ☐

Τίτλος:

Μεταπτυχιακό στην Ειδική Αγωγή : ☐

Τίτλος:

Διδακτορικό στην Ειδική Αγωγή: ☐

Τίτλος:

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΕΠΙΜΟΡΦΩΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

Α/Α	Τίτλος	Φορέας
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΕ ΑΜΕΑ

α/α	Αρ. Συνημμένου	Από - Έως	Εκδούσα αρχή
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΑΝΕΡΓΙΑ

Μήνες ανεργίας Από Έως
Ημερομηνία έκδοσης κάρτας:

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Αριθμός Τέκνων*: Έχοντας τέκνο ή σύζυγο με ποσοστό αναπηρίας άνω του 67%:.....
Γονέας Μονογονεϊκής Οικογένειας:

*Συμπληρώνεται τον αρ. τέκνων μόνο εφόσον σας βαρύνουν σύμφωνα με την τελευταία Φορολογική Δήλωσή σας.

Αναλυτικά τα κριτήρια επιλογής των υπαλλήλων και η μοριοδότησή τους είναι η κατωτέρω:

ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΟΡΙΩΝ	
1. Βαθμίδα Εκπαίδευσης	Τεχνική Εμπειρία	-
	Υποχρεωτικής εκπαίδευσης - ΥΕ	-
	Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης - ΔΕ	-
	Τεχνολογικής Εκπαίδευσης - ΤΕΙ	15
	Ανώτατης Εκπαίδευσης - ΑΕΙ	-
2. Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση	Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση με κατεύθυνση τα ΑμεΑ	10

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

	Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση άλλης κατεύθυνσης	5
3. Επαγγελματική Εμπειρία	Υπηρεσιακή Εμπειρία σε ΑμεΑ έως έξι (6) μηνών	5
	Υπηρεσιακή Εμπειρία σε ΑμεΑ άνω των δώδεκα (12) μηνών	10
4. Οικογενειακή κατάσταση	Ύπαρξη ΑμεΑ στην οικογένεια	12
	Μέλη μονογονεϊκών οικογενειών	12
	Τρίτεκνοι/Πολύτεκνοι	8
5. Εργασιακή κατάσταση	Άνεργος/η	10
6. Συνέντευξη	Συνέντευξη υποψηφίων	8**

**Η συνέντευξη για τους υποψηφίους εργαζόμενους του ΚΔΗΦ «Αγ.Συμεών» Σαλαμίνας, βαθμολογείται κατ'ανώτατο όριο με οκτώ (8) μονάδες. Το κριτήριο αυτό αποτιμάται με συνέντευξη των υποψηφίων από τα οικεία όργανα της επιτροπής αξιολόγησης. Για τη μοριοδότηση της συνέντευξης τα όργανα της επιτροπής συνεκτιμούν τα στοιχεία του φακέλου υποψηφιότητάς τους.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Οι απασχολούμενοι σε **φορείς που παρείχαν υπηρεσίες σε άτομα με αναπηρία ή άλλης κατεύθυνσης υπηρεσίες**, αποδεικνύουν την εμπειρία τους με σχετική βεβαίωση του οικείου φορέα απασχόλησης.

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

A/A	Συνημμένα έγγραφα	
1.	Συνοπτικό Βιογραφικό σημείωμα	
2.	Αντίτυπο φορολογικής δήλωσης ή εκκαθαριστικού σημειώματος	
3.	Φωτοτυπία Δελτίου Ταυτότητας	
4.	Βασικός τίτλος σπουδών	
5.	Τίτλοι αναγνωρισμένων μεταπτυχιακών σπουδών	
7.	Υπεύθυνη δήλωση της ιδιότητας ή επαγγέλματος	
9.	Βεβαιώσεις επαγγελματικής εμπειρίας	
11.	Βεβαίωση ΟΑΕΔ ή άλλο έγγραφο που πιστοποιείται η ανεργία	
12.	Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης	
13.	Πιστοποιητικό αναπηρίας (για μέλος της οικογένειας εφόσον υπάρχει)	
ΣΥΝΟΛΟ ΣΥΝΗΜΜΕΝΩΝ ΕΓΓΡΑΦΩΝ :		

Ο/Η Αιτών/ούσα