***ΠΡΟΤΥΠΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΡΩΓΗΣ***

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

στο πλαίσιο υλοποίησης της πράξης με τίτλο: «Υπηρεσίες κατ’ οίκον νοσηλείας και ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας» στον Άξονα Προτεραιότητας 10: «Προώθηση της κοινωνικής ένταξης και καταπολέμηση της φτώχειας – ΕΚΤ» με κωδικό ΟΠΣ: 5035498, στο Ε.Π. «ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ 2014 – 2020» και λαμβάνοντας υπόψη την απόφαση του Γ.Γ. Υγείας (αριθμ. πρωτ. Γ3α,β/Γ.Π. οικ.51287/05-07-2019) με θέμα «Παράταση της διάρκειας συγχρηματοδότησης των δράσεων ψυχικής υγείας των φορέων εποπτείας του Υπουργείου Υγείας που έχουν προταθεί για συγχρηματοδότηση από πόρους των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ 2014-2020»,

***ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΕΝΟΣ (1) ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΜΕ ΣΥΜΒΑΣΗ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΛΗΡΟΥΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ (ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΩΣ 30/09/2023 ).***

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ……………………….…….

ΑΡ. ΠΡΩΤ……………………………………...

|  |
| --- |
| **ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ** |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: | ΟΝΟΜΑ: |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: | ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: | ΟΝΟΜ/ΝΟ ΣΥΖΥΓΟΥ: |
| Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: |
| ΤΗΛΕΦΩΝΑ: |
| HM/NIA ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: | ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:  | ΝΟΜΟΣ: |
| ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: | HM/NIA ΕΚΔΟΣΗΣ: | ΑΣΤ. ΤΜΗΜΑ: |
| Α.Φ.Μ.: | ΔΟΥ: |
| Α.Μ.Κ.Α. |  | ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΚΑ: |  |
| ΕΝΤΟΠΙΟΤΗΤΑ: |  ΝΑΙ ΟΧΙ |
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΑΓΑΜΟΣ |  |  | ΕΓΓΑΜΟΣ |  |  | ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ |  |  | ΑΡ. ΤΕΚΝΩΝ |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ (άνδρες): ΝΑΙ |  | ΟΧΙ  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**  |
| **ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ** | **ΕΤΟΣ ΚΤΗΣΗΣ** | **ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ** | **ΒΑΘΜΟΣ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ΕΜΠΕΙΡΙΑ** |
| **α) Εργασιακή εμπειρία (γενική)** |
| **Α/Α** | **ΑΠΟ**  | **ΕΩΣ**  | **ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ**  | **ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.**  |  |  |  |  |
| **5.**  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ΕΜΠΕΙΡΙΑ** |
| **β) Εργασιακή εμπειρία σε άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές**  |
| **Α/Α** | **ΑΠΟ**  | **ΕΩΣ**  | **ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ** | **ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.**  |  |  |  |  |
| **5.**  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **ΑΝΕΡΓΙΑ** |
| **γ) Χρόνος Ανεργίας**  |
| **Α/Α** | **ΑΠΟ**  | **ΕΩΣ**  | **ETH** |  |
| **1.** |  |  |  |  |

Παρακαλώ να κάνετε δεκτή την αίτηση μου, για την οποία δεσμεύομαι ότι όλα τα δηλωθέντα στοιχεία, είναι ακριβή και αληθή. Αναγνωρίζω ότι η μετά από διασταύρωση, απόδειξη μη εγκυρότητας ενός ή περισσοτέρων εκ των ως άνω δικαιολογητικών ή στοιχείων επιφέρει τον αποκλεισμό της υποψηφιότητας μου από τη διαδικασία επιλογής προσωπικού χωρίς δικαίωμα ένστασης ή άλλη ευθύνη ικανοποίησης προς το πρόσωπό μου από τον φορέα υλοποίησης.

**Συνημμένα:**

 **Ημερομηνία:**

**1……………………………………………………………………………………………… Υπογραφή**

**2………………………………………………………………………………………………**

**3……………………………………………………………………………………………… Ονοματεπώνυμο**

**4………………………………………………………………………………………………**

**5………………………………………………………………………………………………**

**6………………………………………………………………………………………………**

**7………………………………………………………………………………………………**

**8……………………………………………………………………………………………..**

**9……………………………………………………………………………………………..**

**10…………………………………………………………………………………………..**