

Αριθ. πρωτ/λου αίτησης

.....  
[συμπληρώνεται  
από το δικαιούχο φορέα]

**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

για απασχόληση με σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου στη δομή «**ΥΠΝΩΤΗΡΙΟ ΑΣΤΕΓΩΝ**»

**A. ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ ΦΟΡΕΑΣ** [αναγράψτε με κεφαλαία γράμματα την επωνυμία του φορέα, στον οποίο απευθύνετε την αίτησή σας]

**B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ** [συμπληρώστε κατάλληλα (με κεφαλαία γράμματα, αριθμούς ή το σημείο **X**) τα ατομικά σας στοιχεία]

1. Επώνυμο:	2. Όνομα:	3. Όν. πατέρα:
4. Όν. μητέρας:	5. Ημ/νία γέννησης: / /	6. Φύλο: Α <input type="checkbox"/> Γ <input type="checkbox"/>
7. Α.Δ.Τ.:	8. ΑΜΚΑ:	9. Τόπος κατοικίας:
10. Οδός:	11. Αριθ.:	12. Τ.Κ.:
13. Τηλέφωνο (με κωδικό):	14. Κινητό:	15. e-mail:

**Γ. ΒΑΘΜΟΛΟΓΟΥΜΕΝΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ** [συμπληρώστε κατάλληλα (με αριθμό ή με το σημείο **X**) τα παρακάτω πεδία με την ελληνική αρίθμηση και **εφόσον** αποδεικνύετε την αντίστοιχη ιδιότητα με τα απαιτούμενα από την ανακοίνωση δικαιολογητικά]

**1. Κατάσταση ανεργίας** [σημειώστε **X** εφόσον είστε άνεργος και τους μήνες ανάλογα με την κατάσταση ανεργίας σας]

α. Ανεργία	<input type="text"/>	β. Μήνες Ανεργίας	<input type="text"/>
------------	----------------------	-------------------	----------------------

**2. Τέκνα ανήλικα ή ενήλικα προστατευόμενα κατά το Νόμο** [σημειώστε **X** εφόσον έχετε προστατευόμενα τέκνα και αριθμό προστατευόμενων τέκνων]

α. Προστατευόμενα τέκνα	<input type="text"/>	β. Αριθμός προστατευόμενων τέκνων	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------	-----------------------------------	----------------------

**3. Οικογενειακή κατάσταση** [σημειώστε **X** σε **ένα μόνο** από τα παρακάτω πεδία αν είστε γονέας άγαμος, διαζευγμένος ή εν χηρεία]

α. Γονέας άγαμος

β. Γονέας διαζευγμένος

γ. Γονέας εν χηρεία

**4. Αιτών με αναπηρία** [εφόσον είστε Άτομο με Αναπηρία (ΑμεΑ), σημειώστε **X** ανάλογα με το ποσοστό αναπηρίας σας]

α. Ποσοστό αναπηρίας – 50%

β. Ποσοστό αναπηρίας από 50% και άνω

**5. Εργασιακή εμπειρία** [σημειώστε **X** εφόσον έχετε εργασιακή εμπειρία και τους μήνες ανάλογα]

α. Εργασιακή Εμπειρία

β. Μήνες Εργασιακής Εμπειρίας

**Δ. ΤΥΠΙΚΑ (και τυχόν πρόσθετα) ΠΡΟΣΩΝΤΑ** [συμπληρώστε απαραίτητα και τυχόν πρόσθετα προσόντα βάση της Πρόσκλησης (π.χ., τίτλος σπουδών, άδεια άσκησης επαγγέλματος, εμπειρία, χειρισμός Η/Υ κ.ά.)]

- |         |         |
|---------|---------|
| 1. .... | 4. .... |
| 2. .... | 5. .... |
| 3. .... | 6. .... |
| 7. .... | 8. .... |

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΗΜΜΕΝΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ<sup>1</sup>**

[αριθμήστε σε εμφανές σημείο καθένα από τα συνυποβαλλόμενα δικαιολογητικά και τα υπόλοιπα έγγραφα που επισυνάπτετε για την υποστήριξη της υποψηφιότητάς σας και καταγράψτε τα εδώ, ακολουθώντας την ίδια σειρά αρίθμησης]

- |         |          |
|---------|----------|
| 1. .... | 10. .... |
| 2. .... | 11. .... |
| 3. .... | 12. .... |
| 4. .... | 13. .... |
| 5. .... | 14. .... |
| 6. .... |          |
| 7. .... |          |
| 8. .... |          |
| 9. .... |          |

[συμπληρώνεται από το φορέα]

<sup>1</sup> **Σημείωση 1:** Τα υποβαλλόμενα με την παρούσα αίτηση στοιχεία, δεν θα χρησιμοποιηθούν για σκοπό άλλο από αυτόν για τον οποίο υποβλήθηκαν. Για την εξασφάλιση της διαφάνειας στη διαδικασία επιλογής, η μοριοδότηση των επιμέρους κριτηρίων ή/και ιδιοτήτων των δυνητικά απασχολούμενων θα δημοσιοποιηθεί στους σχετικούς πίνακες κατάταξης που θα καταρτιστούν από το δικαιούχο φορέα, τηρουμένων των διατάξεων του Ν. 2472/1997 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

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

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις **κυρώσεις** που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρ. 22 του **Ν. 1599/1986**, δηλαδή: «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. Επίσης 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», **δηλώνω ότι:**

1. Όλα τα **στοιχεία** της αίτησής μου είναι **ακριβή και αληθή** και **κατέχω όλα τα απαιτούμενα προσόντα** για κάθε επιδιωκόμενη θέση απασχόλησης, όπως αυτά αναφέρονται στην ανακοίνωση και αναγράφονται στην παρούσα αίτηση. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν. 1599/1986.
2. Τα συνημμένα δικαιολογητικά είναι **γνήσια αντιγράφα** των πρωτοτύπων ή νομίμως επικυρωμένων αντιγράφων που εκδόθηκαν από αρμόδια διοικητική αρχή.

Ημερομηνία: .....

Ο/Η υποψήφιος/ια.....

Όνοματεπώνυμο: .....

[υπογραφή]

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΠΕΡΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ**

**Ο / Η υπογραφόμενος/η**, δηλώνω ότι ενημερώθηκα από το **Σωματείο Γιατροί του Κόσμου-Ελληνική Αντιπροσωπεία** και παρέχω τη συγκατάθεσή μου ειδικώς και ελευθέρως για την εκ μέρους του **Σωματείου Γιατροί του Κόσμου-Ελληνική Αντιπροσωπεία** συλλογή, τήρηση σε (ηλεκτρονικό ή μη) αρχείο και επεξεργασία, σύμφωνα με την ισχύουσα εθνική νομοθεσία και τον Γενικό Κανονισμό 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, των προσωπικών δεδομένων μου, τα οποία οικειοθελώς προσκομίζω στο πλαίσιο της παρούσας αίτησης υποψηφιότητας κάλυψης θέσης εργασίας. Τα δεδομένα αυτά δύναται να επεξεργαστεί ο Φορέας κατά την αξιολόγηση της αίτησης συμμετοχής μου.

Το **Σωματείο Γιατροί του Κόσμου-Ελληνική Αντιπροσωπεία** δεσμεύεται ότι θα περιορίζεται στη νόμιμη επεξεργασία μόνο των απολύτως αναγκαίων για τους σκοπούς της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, όπως αυτά δηλώνονται από το υποκείμενο αυτών ή με τη συνδρομή του και ότι θα αποφεύγει την καταχώρηση ευαίσθητων δεδομένων. Το **Σωματείο Γιατροί του Κόσμου-Ελληνική Αντιπροσωπεία** δεσμεύεται για την τήρηση εχεμύθειας και απορρήτου των παραπάνω δεδομένων, των οποίων η επεξεργασία θα διεξάγεται αποκλειστικά και μόνο κατ' εντολή του **Σωματείου Γιατροί του Κόσμου-Ελληνική Αντιπροσωπεία**, από πρόσωπα που πληρούν τα εχέγγυα και τις προϋποθέσεις για να διασφαλίζουν την τήρηση του απορρήτου και τα οποία τελούν υπό τον έλεγχο του **Σωματείου Γιατροί του Κόσμου-Ελληνική Αντιπροσωπεία**.

Το **Σωματείο Γιατροί του Κόσμου-Ελληνική Αντιπροσωπεία** δεσμεύεται ότι θα λαμβάνει κάθε αναγκαίο τεχνικό ή οργανωτικό μέτρο για την ασφάλεια των δεδομένων και την προστασία τους από τυχαία ή αθέμιτη καταστροφή, τυχαία απώλεια, αλλοίωση, απαγορευμένη διάδοση ή πρόσβαση και κάθε άλλη αθέμιτη επεξεργασία.

**Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ**



**ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ**  
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΙΑ



**MÉDECINS DU MONDE**  
DELEGATION HELLENIQUE

Ημερομηνία: .....

Υπογραφή: .....



Με τη συγχρηματοδότηση  
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Περιφερειακό  
Πρόγραμμα  
«ΑΤΤΙΚΗ»