

**Προς**: Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

Υπόψη: κ. Γιώργου Νικολαΐδη

Email: gma.education@gmail.com

Ημερομηνία: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

**«Εκπαίδευση επαγγελματιών Υγείας-Πρόνοιας-Εκπαίδευσης για τον Έλεγχο και την Πρόληψη της Κακοποίησης – Παραμέλησης των Παιδιών» (Ενέργεια 5)**

 Παρακαλούμε συμπληρώστε όλα τα πεδία. Αιτήσεις με ελλιπή στοιχείαδεν θα αξιολογηθούν

 **Στοιχεία Αιτούντος:**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** |  |
| **ΟΝΟΜΑ** |  |
| **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ** |  |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ** |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ & ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ** |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ** |  |
| **Α.Φ.Μ.** |  |
| **Δ.Ο.Υ** |  |
| **ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΟΣ** |  |
| **ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ** |  |
| **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ** |  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ & ΚΙΝΗΤΟ** |  |

# Τεκμηριώστε τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα:

**Ο/H Αιτών/Αιτούσα**

**Βιογραφικό Σημείωμα**

(συνοδεύει την Αίτηση Συμμετοχής και αποστέλλεται στην ηλεκτρονική διεύθυνση,

email: gma.education@gmail.com)

|  |  |
| --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: |  |
| ΟΝΟΜΑ: |  |
| ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  | ΑΔΤ: |  |
| ΑΦΜ: |  | ΔΟΥ: |  |
| EMAIL: |  | FAX: |  |
| **ΣΠΟΥΔΕΣ** |
| ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ – ΣΧΟΛΗ | ΤΙΤΛΟΣ | ΔΙΑΡΚΕΙΑ | ΧΩΡΑ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ** |
| ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ / ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ | ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ | ΔΙΑΡΚΕΙΑ |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ** |
| ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ / ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ | ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ | ΔΙΑΡΚΕΙΑ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ** |
| ΓΛΩΣΣΑ | ΠΤΥΧΙΟ / ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ | ΦΟΡΕΑΣ / ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΠΟΝΟΜΗΣ |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **ΓΝΩΣΕΙΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗ & INTERNET** |
|  |
|  |
| **ΛΟΙΠΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (*Σεμινάρια, Συνέδρια, Δημοσιεύσεις και Συναφείς Δραστηριότητες)*** |
|  |
|  |
|  |
|  |

###

### Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

###  (άρθρο 8 Ν.1599/1986 και άρθρο 3 παρ. 3 Ν.2690/1999)

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)

Περιγραφή αιτήματος : «Συμμετοχή ως εκπαιδευόμενος».

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Προς(1): |  | ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ |
| *Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία* |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ο – Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα Πατέρα:  |  | Επώνυμο Πατέρα: |  |
| Όνομα Μητέρας: |  | Επώνυμο Μητέρας: |  |
| Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας: |  | Α.Φ.Μ: |  |
| Ημερομηνία γέννησης(2):  |  | Τόπος Γέννησης: |  |
| Τόπος Κατοικίας: |  | Οδός: |  | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Τηλ: |  | Fax: |  | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου(Εmail): |  |

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: Όλα τα στοιχεία τα οποία έχω αναφέρει στην υποβληθείσα από εμένα αίτηση και βιογραφικό σημείωμα, για την συμμετοχή μου στο πρόγραμμα είναι αληθή και ακριβή. Επίσης δηλώνω ότι κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο δεν έχω παρακολουθήσει περισσότερα από ένα-συγχρηματοδοτούμενο από την Ευρωπαϊκή Ένωση-πρόγραμμα κατάρτισης. Τέλος αποδέχομαι το δικαίωμα του Ι.Υ.Π. για χρήση, στατιστική επεξεργασία και κοινοποίηση των στοιχείων μου στους αρμόδιους φορείς σεβόμενοι τις διατάξεις της Αρχής Προστασίας Δεδομένων. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|   | …………………………………..… Ο/Η ΑΙΤΩΝ-ΑΙΤΟΥΣΑ |

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.