



ΕΦΟΡΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΡΙΩΝ ΠΑΦΟΥ

ΑΔΩΝΙΔΟΣ ΑΡ.32 – 8010 ΠΑΦΟΣ | ΤΗΛ: 26913529 | ΦΑΞ: 26913531 | email: se-pafos@schools.ac.cy

ΑΙΤΗΣΗ για Εργοδότηση ως ΣΧΟΛΙΚΟΣ/Η ΒΟΗΘΟΣ/ΣΥΝΟΔΟΣ για Παιδιά με Ειδικές Ανάγκες

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

1. Ονοματεπώνυμο:	
2. Τόπος Γέννησης:	Ημερ. Γέννησης:
3. Αρ. Ταυτότητας:	Α.Κ.Α.
4. Διεύθυνση:	
5. Τηλ. Οικίας:	Κινητό Τηλ.:
6. Email:	
7. Σχολείο για το οποίο Αναφέρεστε:	
8. ΠΡΟΣΟΝΤΑ (Παρακαλώ επισυνάψετε απολυτήριο Μέσης Εκπαίδευσης καθώς και οποιαδήποτε άλλα διπλώματα η πιστοποιητικά κατέχετε)	Μορφωτικό Επίπεδο: Απολυτήριο Μέσης Εκπαίδευσης <input type="checkbox"/> Πτυχίο <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακό <input type="checkbox"/> Δίπλωμα <input type="checkbox"/> Πιστοποιητικά <input type="checkbox"/>
9. ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ: (Παρακαλώ αναφέρετε προηγούμενη πείρα σας σε παρόμοια θέση, δηλώνοντας τα σχολεία και αντίστοιχες ημερομηνίες εργοδότησης)	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
10. ΑΛΛΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Σημ.:

Πρόσθετα Πιστοποιητικά:

Σε περίπτωση πρόσληψης σας από την Επιτροπή Πρόσληψης θα πρέπει να παρουσιάσετε πρωτότυπα τα πιο κάτω πιστοποιητικά:

- Πιστοποιητικό Λευκού Ποινικού Μητρώου

- Πιστοποιητικό Μη περίληψης προσώπου στο Αρχείο Καταδικασθέντων για Σεξουαλικά Αδικήματα σε Βάρος Παιδιών.

- Ιατρικό Πιστοποιητικό Υγείας 234G

- Ιατρικό Πιστοποιητικό Υγείας Γ.Λ.242

Ημερομηνία:

.....
Υπογραφή