



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

Προς Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων (Ε.Ε.Π.Α.Α.)

Ημερομηνία Παραλαβής* :/...../ 2021

Αριθμός Πρωτοκόλλου * :/...../2021

*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:

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

Διεύθυνση (όλα τα πεδία πρέπει να συμπληρωθούν υποχρεωτικά)

Οδός: Αρ.: Τ.Κ. : Πόλη:

Περιοχή: Τηλ. Σταθερό: Κινητό.....

Email..... Fax:



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



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:

ΕΠΙΜΟΡΦΩΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

A/A	Τίτλος	Φορέας
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		



Ε.Ε.Π.Α.Α.



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



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.			

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 της βαρύνουν σύμφωνα με την τελευταία Φορολογική Δήλωσή της.

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

ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΟΡΙΩΝ
1. Βαθμίδα Εκπαίδευσης	Τεχνική Εμπειρία 4
	Υποχρεωτικής εκπαίδευσης – ΥΕ 5
	Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης – ΔΕ 10
	Τεχνολογικής Εκπαίδευσης – ΤΕΙ 15
	Ανώτατης Εκπαίδευσης – ΑΕΙ 20
2. Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση	Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση με κατεύθυνση τα ΑμεΑ 10
	Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση της κατεύθυνσης 5



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



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 της υποψηφίους εργαζόμενους της μονάδας υποστήριξης αυτιστικών ατόμων, 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 της.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Οι απασχολούμενοι σε φορείς που παρέχουν υπηρεσίες σε άτομα με αναπηρία ή της κατεύθυνσης υπηρεσίες, αποδεικνύουν την εμπειρία της με σχετική βεβαίωση του οικείου φορέα απασχόλησης.



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



A/A	Συνημμένα έγγραφα
1.	Συνοπτικό Βιογραφικό σημείωμα
2.	Φωτοτυπία Δελτίου Ταυτότητας
3.	Βασικός τίτλος σπουδών
4.	Τίτλοι αναγνωρισμένων μεταπτυχιακών σπουδών
5.	Υπεύθυνη δήλωση της ιδιότητας ή επαγγέλματος
7.	Βεβαιώσεις επαγγελματικής εμπειρίας (μπορούν να δοθούν μετά την καταληκτική ημ/ρομηνία κατάθεσης των δικαιολογητικών (έως 5 ημέρες εργάσιμες) και σε αντικατάσταση αυτού ΥΔ για την επαγγελματική εμπειρία του ενδιαφερόμενου)
9.	Βεβαίωση ΟΑΕΔ ή άλλο έγγραφο που πιστοποιείται η ανεργία
11.	Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
12.	Πιστοποιητικό αναπηρίας (για μέλος της οικογένειας εφόσον υπάρχει)
13.	Βεβαίωση Εμβολιασμού SARS-Cov-2 (σύμφωνα με το άρθρο 206 του ν.4820/2021-ΦΕΚ 130/τ.Α'/23.07.2021
ΣΥΝΟΛΟ ΣΥΝΗΜΜΕΝΩΝ ΕΓΓΡΑΦΩΝ :	

Ο/Η Αιτών/ούσα