|  |
| --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ****για κενή/κενούμενη θέση Υποδιευθυντή/ντριας σχολικής μονάδας****της Διεύθυνσης ΔΕ ΕΒΡΟΥ** |
|  **Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ** |
| Επώνυμο: |  |
| Όνομα: |  |
| Πατρώνυμο: |  |
| Ημερομηνία Γέννησης: |  |
| Αριθμός Μητρώου: |  |
| Κλάδος/Ειδικότητα: |  |
| Θέση στην οποία υπηρετώ: |  |
| Διεύθυνση οργανικής θέσης: |  |
| Αρ Φ.Ε.Κ. Διορισμού: |  |
| Ημερομηνία Φ.Ε.Κ. Διορισμού: |  |
| Ημερομηνία Ανάληψης υπηρεσίας: |  |
| Διεύθυνση κατοικίας: |  |
| Πόλη: |  | ΤΚ:  |
| Τηλέφωνο Κατοικίας:  |  |
| Κινητό τηλέφωνο: |  |
| Προσωπικό e-mail: |  |

|  |
| --- |
| **Β. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ** |
| Διδακτική υπηρεσία (≥ 8 ετών) (άρθρο 2 του Ν.4547/2018). Γράψτε τον επιπλέον χρόνο από τα οκτώ (08). | Έτη | Μήνες | Ημέρες |
|  |  |  |
| Κατοχή βαθμού Α’ | Σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ |
|  |
| Πιστοποιημένη γνώση Τ.Π.Ε. Α΄ επιπέδου με τη σχετική πιστοποίηση ή Γνώση Τ.Π.Ε. Α΄ επιπέδου σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παρ. 6 του άρθρου 26 του π.δ. 50/2001 (Α΄ 39) για την απόδειξη της γνώσης χειρισμού Ηλεκτρονικού Υπολογιστή (Η/Υ). | Σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ |
|  |
| Υπηρετώ με οργανική θέση στη σχολική μονάδα την οποία αφορά η επιλογή. | Σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ |
|  |
| Προβλεπόμενος κλάδος σε Ε.Κ. (Μόνο για θέση Υπευθύνου Τομέα Ε.Κ.). | Σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ |
|  |
| Έχω κριθεί υπεράριθμος κατά το χρόνο επιλογής με βάση το άρθρο 14 του Π.Δ.50/1996. | Σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ |
|  |
| Καλύπτω το υποχρεωτικό ωράριο της θέσης του Υποδιευθυντή στη σχολική μονάδα την οποία αφορά η επιλογή. | Σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ |
|  |
| **Γ. ΦΑΚΕΛΟΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ**  |
| Πλήρες Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών | Σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ |
|  |
| Βιογραφικό Σημείωμα | Σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ |
|  |
| Πιστοποιητικά επιμόρφωσης στις Τεχνολογίες Πληροφορίας και Επικοινωνιών (Τ.Π.Ε.) ή αποδεικτικά γνώσης χειρισμού Η/Υ | Σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ |
|  |
| Άλλο δικαιολογητικό που κατά την κρίση του υποψήφιου μπορεί να συμβάλλει στη διαμόρφωση της κρίσης του Συμβουλίου περί της προσωπικότητας και της γενικής συγκρότησής του, καθώς και περί της συνδρομής των λοιπών κριτηρίων της παρ. του άρθρου 23 του Ν. 4547/2018. | Σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ |
|  |
| Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1566/1986 (Α’ 75) | Σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ |
|  |

**Δηλώνω ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή και υποβάλλω τα σχετικά δικαιολογητικά.**

|  |  |
| --- | --- |
| *Τόπος:* | Αλεξανδρούπολη |
| *Ημερομηνία αίτησης:* | … Σεπτεμβρίου 2019 |
|  | Ο/Η Αιτών/ούσα |
|  |  |
| *(υπογραφή)* |  |

|  |
| --- |
| ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΤΩΝ ΑΝΑΓΡΑΦΟΜΕΝΩΝ |
| Υπογραφή Προϊσταμένου υπηρεσίας υποβολής |  |
|
| Ονοματεπώνυμο Προϊσταμένου υπηρεσίας υποβολής | ΑΠΟΣΤΟΛΑΚΟΥΔΗΣ ΣΤΕΡΓΙΟΣ |
|
| ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ |
|  |
|
|
|