**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: Αίτηση-δήλωση υποψηφίου**

 **Γ. ΓΙΑ ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ Α/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΦΩΚΙΔΑΣ**

|  |
| --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ** **ΠΕ70-ΔΑΣΚΑΛΩΝ ΓΙΑ ΣΧ. ΜΟΝΑΔΕΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ** **και ΠΕ71/ ΠΕ70.ΕΑΕ - Δασκάλων ΕΑΕ και ΠΕ70-ΔΑΣΚΑΛΩΝ ΓΙΑ ΣΧ.ΜΟΝΑΔΕΣ Ε.Α.Ε.****ΤΗΣ Δ/ΝΣΗΣ Α/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΦΩΚΙΔΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΔΑΚΤΙΚΟ ΕΤΟΣ 2024-2025** |
| **ΠΡΟΣ: Δ/ΝΣΗ Α/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΦΩΚΙΔΑΣ** |
| **ΓΙΑ την αριθ. πρωτ. 1957/03-04-2025 (ΑΔΑ: ………………………………..) ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ**  |
| **Αριθ. πρωτ. αίτησης: ............................** |
| **ΚΛΑΔΟΣ/ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**  |
| ***Η ΑΙΤΗΣΗ ΑΥΤΗ ΕΠΕΧΕΙ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ (ν. 1599/1986)*** |
| **ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ** |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:**  | **ΟΝΟΜΑ:** |
| **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** | **ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:** |
| **ΑΦΜ:** | **ΑΔΤ:** |
| **ΟΔΟΣ &ΑΡΙΘ:**  |
| **ΠΟΛΗ:** | **ΤΚ:** |
| **ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ.:** | **ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.:**  |
| **email:** |
| **ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΤΑΞΗΣ** |
| **ΒΑΘΜΟΣ ΠΤΥΧΙΟΥ:**  |   |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΤΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΟΥ:** |   |
| **ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ** |
| **ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ:** |
| **1.** |
| **2.** |
| **3.** |
| **4.** |
| **5.** |
| **6.** |
| **7.** |
| **8.** |
| **9.** |
| **10.** |
| **11.** |
| **12.** |
| **13.** |
| **14.** |
| **15.** |
| **16.** |
| **17.** |
| **Δηλώνω υπεύθυνα ότι:** |
| 1. Δεν εμπίπτω στην παρ. 5Α του άρθρου 62 και στην παρ. 5Α του άρθρου 63 του ν. 4589/2019 (Α΄ 13) και στην παρ. 4 του άρθρου 46 του ν. 4692/2020 (Α΄ 111). |
| 2. Δεν απολύθηκα από θέση δημόσιας υπηρεσίας ή Ο.Τ.Α. ή άλλου νομικού προσώπου του δημοσίου τομέα, λόγω επιβολής της πειθαρχικής ποινής της οριστικής παύσης ή λόγω καταγγελίας της σύμβασης εργασίας για σπουδαίο λόγο, οφειλόμενο σε υπαιτιότητά μου, ή ότι, σε αντίθετη περίπτωση, έχει παρέλθει πενταετία από την απόλυση. |
| 3. Δεν εμπίπτω στα κωλύματα διορισμού του άρθρου 8 του ν. 3528/2007 |
| 4. Δεν διώκομαι ως φυγόδικος ή φυγόποινος |
| 5. Δεν έχω καταδικαστεί / δεν διώκομαι ποινικά για οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής. |
| 6. Κατά την ανάληψη υπηρεσίας θα υποβάλω γνωματεύσεις (α) παθολόγου ή γενικού ιατρού και (β) ψυχιάτρου, είτε του δημοσίου είτε ιδιωτών, οι οποίες θα πιστοποιούν την υγεία και την ικανότητά μου να ασκήσω υποστηρικτικά καθήκοντα. |
| **Υποβάλλω συνημμένα τα κάτωθι απαραίτητα δικαιολογητικά:** |
| 1. | **6.** |
| 2.  | **7.** |
| **3.** | **8.** |
| **4.** | **9.** |
| **5.** | **10.** |
|  |
| **Ημερομηνία:** |  |
| **Ο/Η ΑΙΤ………..** |  |
| **(υπογραφή):** |  |