

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΘΕΣΗΣ ΚΟΙΝΩΦΕΛΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Επώνυμο			
Όνομα			
Φύλο	άρρεν		θήλυ
Όνοματεπώνυμο πατρός			
Όνοματεπώνυμο μητρός			
Ημερομηνία γέννησης			
Διεύθυνση κατοικίας (οδός, αριθ., πόλη, τ.κ.)			
Είστε μόνιμος κάτοικος του περιφερειακού τομέα που υλοποιείται το πρόγραμμα;	ΝΑΙ		ΟΧΙ
Υπηκοότητα <i>*Σε περίπτωση μη ελληνικής υπηκοότητας να επισυνάπτονται υποχρεωτικά θεωρημένα αντίγραφα γνησιότητας άδειας παραμονής και άδειας εργασίας</i>			
Αρ. κάρτας ανεργίας ΟΑΕΔ			
Λαμβάνετε επίδομα ανεργίας από τον ΟΑΕΔ; Εάν ΝΑΙ από ποια υπηρεσία.	ΝΑΙ		ΟΧΙ
Α.Μ.Κ.Α * φωτοτυπία επίσημου εγγράφου όπου φαίνεται ο Α.Μ.Κ.Α			
Αριθμός Μητρώου ΙΚΑ * φωτοτυπία επίσημου εγγράφου όπου φαίνεται ο Α.Μ.			
Α.Δ.Τ. - Εκδ. Αρχή - Ημ/νία έκδοσης			
Α.Φ.Μ. * φωτοτυπία επίσημου εγγράφου όπου φαίνεται ο Α.Φ.Μ			
Δ.Ο.Υ. * φωτοτυπία επίσημου εγγράφου όπου φαίνεται η Δ.Ο.Υ.			
Τηλέφωνα επικοινωνίας	Σταθερό:	Κινητό:	
e-mail			
Κατάσταση ανεργίας	Μακροχρόνια άνεργος (για διάστημα>12 μηνών)		
	Νέος άνεργος		
	Βραχυχρόνια άνεργος που δεν λαμβάνει επίδομα ανεργίας		
	Αγρότης (ασφαλισμένος ΟΓΑ χωρίς δελτίο ανεργίας με ατομικό εισόδημα έως & 10.500€ το οικ. έτος 2010)		
Οικογενειακή κατάσταση	Μονογονεϊκή οικογένεια		
	Έγγαμος άνεργος με σύζυγο άνεργο		
	Με προστατευόμενα μέλη (αριθμός προστατευόμενων μελών)		

Μορφωτικό επίπεδο	Υποχρεωτική εκπαίδευση		
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση		
	Μεταδευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια		
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση		
Αναλαμβάνετε πρώτη φορά εργασία ως μισθωτός;	ΝΑΙ		ΟΧΙ
Κατάσταση υγείας (εφόσον είστε ΑμεΑ σημειώστε Χ στο ανάλογο πεδίο)	Ποσοστό αναπηρίας 35%-50%		Ποσοστό αναπηρίας άνω του 50%
Ειδικότητα εργαζομένου			
Ημ/νία πρόσληψης			

Δηλώνω υπεύθυνα και με βάση τις συνέπειες του *Νόμου 1599/1986 (άρθρο 8)* ότι:

Στο πλαίσιο της υλοποίησης της πράξης ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ "ΚΕ.Α.ΕΠ" Δημιουργία Θέσεων Απασχόλησης σε τοπικό επίπεδο μέσω προγραμμάτων κοινωφελούς χαρακτήρα, στην Περιφέρεια Αττικής (Κεντρικός Τομέας)» του Ε.Π. « Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού»,

1. Αποδέχομαι τη θέση απασχόλησης με κωδικό σύμφωνα με τα αποτελέσματα (πίνακας προσληπτέων και πίνακας κατάταξης ωφελουμένων) της διαδικασίας επιλογής των υποψηφίων για την υπ' αριθμ. ΚΟΧ 61.903/1/2012 της ΑμΚΕ «ΚΕ.Α.ΕΠ».

Ημερομηνία:

Ονοματεπώνυμο (ολογράφως):

Υπογραφή:

Επισυνάπτονται:

1. Αποδεικτικό Α.Μ.Κ.Α. (για π.χ. φωτοαντίγραφο πρώτης σελίδας βιβλιαρίου ασφάλισης κλπ)
2. Αποδεικτικό Α.Μ.ΙΚΑ (για π.χ. φωτοαντίγραφο πρώτης σελίδας βιβλιαρίου ασφάλισης κλπ)
3. Αποδεικτικό Α.Φ.Μ. (για π.χ. βεβαίωση απόδοσης ΑΦΜ ή εκκαθαριστικό σημείωμα εφορίας)