ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ

|  |
| --- |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ |
| Ημ/νία Αίτησης: ….. - ….. - 2025 Αριθμός Πρωτοκόλλου\*: …………………. /..... - ..… - 2025 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ |
| Επώνυμο |   |   | Όνομα |  |   | Πατρώνυμο |  |   |
| Διεύθυνση |   |   |   |   |  Αριθμός |   | Τ.Κ. |  |
| Πόλη |   |   |    | Νομός |   |   |   |   |
| Τηλέφωνο (σταθερό) |   |   |   | Τηλέφωνο (κινητό) |   |   |
| Email  |   | Ημ. Γέννησης |  |
| Α.Μ.Κ.Α. |    | Αριθμός Μητρώου ΙΚΑ |   |   | Α.Φ.Μ. Δ.Ο.Υ. |   | Α.Δ.Τ. |   |
| Για τη θέση ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ/ ΒΟΗΘΟΥ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΤΠΕ |
|  |
| ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ |
| Απόφοιτος  | Π.Ε. |   |  |  | Μεταπτυχιακό |   |
|   |
| ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ |
| 1. Φωτοαντίγραφο τίτλου σπουδών |   |   | Φύλλα |   |
| 2. Φωτοαντίγραφο τίτλου ειδικότητας |   |   |   | Φύλλα |   |
| 3. Φωτοαντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας |   | Φύλλα |   |
| 4. Φωτοαντίγραφο Άδειας Ασκήσεως Επαγγέλματος | Φύλλα |   |
| 5. Βιογραφικό σημείωμα |   |   |   | Φύλλα |   |
| 6.  |   |   |   | Φύλλα |   |
| 7.  |   |   |   | Φύλλα |   |

 Ο ΑΙΤΩΝ / Η ΑΙΤΟΥΣΑ

…………………………………………………...

(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ – ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

\* Συμπληρώνεται από την Εταιρεία

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Σας ενημερώνουμε πως για τον σκοπό της συμμετοχής σας στην παρούσα πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος και για λόγους συμμόρφωσης με τον Κανονισμό 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, συλλέγουμε τα εξής δεδομένα που μας παρέχετε με την παρούσα αίτηση: Επώνυμο, Όνομα, Διεύθυνση, Τηλέφωνο, Ηλεκτρονική Διεύθυνση, ΑΜΚΑ, ΑΦΜ, ΔΟΥ, ΑΔΤ, ΑΜΑ.

Σε περίπτωση μη επιλογής μου, επιθυμώ να διατηρηθούν τα στοιχεία μου για τα επόμενα 3 χρόνια:

Ναι

Όχι