

ΑΙΤΗΣΗ - ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ ΕΕΠ-ΕΒΠ ΟΡΙΣΤΙΚΗΣ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ - ΒΕΛΤΙΩΣΗ (2023-2024)

Η ΑΙΤΗΣΗ ΑΥΤΗ ΕΠΕΧΕΙ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ (ν.1599/1986)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:		
ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΟΝΟΜΑ:	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:
ΚΛΑΔΟΣ:	ΦΕΚ ΔΙΟΡΙΣΜΟΥ:	ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ:
ΚΩΔ. ΘΕΣΗΣ:	Δ/ΝΣΗ/Η ΠΔΕ:	
ΝΟΜΟΣ: ΠΟΛΗ:	ΟΔΟΣ:	ΑΡΙΘΜΟΣ: ΤΚ:
ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ:	ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ:	email:

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΕΤΑΘΕΣΗΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (συμπληρώνεται με ναι/όχι):

ΑΓΑΜΟΣ:	ΕΓΓΑΜΟΣ/ΣΥΜΦΩΝΟ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ:	ΣΕ ΔΙΑΖΕΥΞΗ/ΔΙΑΣΤΑΣΗ:
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (ανήλικα ή σπουδάζοντα):		ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΤΕΚΝΩΝ (ναι/όχι):
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΕΝΤΟΠΙΟΤΗΤΑΣ:		ΠΕΡΙΟΧΗ:
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΥΖΥΓΟΥ:		ΠΕΡΙΟΧΗ:
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ:		
ΕΤΗ:	ΜΗΝΕΣ:	ΜΕΡΕΣ:

ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ

ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΜΕΤΑΘΕΣΗΣ :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 13.
- 14.
- 15.

Διδακτική εμπειρία επτά (7) τουλάχιστον ετών εκ των οποίων τα τρία (3) σε ΣΜΕΑΕ ή ΚΕΣΥ (ναι/όχι):

Επάρκεια στην Ελληνική Νοηματική Γλώσσα (ΕΝΓ) (ναι/όχι):

Επάρκεια στην Ελληνική Γραφή Braille (ΕΓΒ) (ναι/όχι):

ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΜΕΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΝΓ/ΕΓΒ (εξέταση κατά προτεραιότητα):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Ειδική κατηγορία εργαζομένου (1.ασθένεια τέκνου, 2. πολυτεκνία, 3. ασθένεια ιδίου ή συζύγου):	(συμπληρώνεται με 1, 2 ή 3):
Περιγραφή ειδικής κατηγορίας:	
ΑΜ ΚΕΠΑ / Αρ. Υγειον. Επιτροπής (ΥΕ):	
Αρ. Επιτροπής / ημερ. λήξης:	
ΑΣΠΕ (αριθμός μητρώου):	
Άλλη κατηγορία	
Σύζυγος δικαστικού (ναι/όχι):	Περιφέρεια εργασίας:
<u>Υποβάλλω συνημμένα:</u>	
1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.
Ημερομηνία:	
Ο/Η ΑΙΤ.....	
(υπογραφή):	