|  |
| --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΑΠΟΣΠΑΣΗ ΕΕΠ-ΕΒΠ (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 Ή ΠΔΕ:** |
| **ΝΟΜΟΣ: ΠΟΛΗ:**  | **ΟΔΟΣ:**  | **ΑΡΙΘΜΟΣ: ΤΚ:**  |
| **ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ:** | **ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ:**  | **email:** |
|  |
| **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 ΣΥΝΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ:** | **ΠΕΡΙΟΧΗ:** |
| **ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ:**  |   |   |
| **ΕΤΗ:** | **ΜΗΝΕΣ:**  | **ΜΕΡΕΣ:** |
| **ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ** |
| **1.** | **11.** |
| **2.** | **12.** |
| **3.** | **13.** |
| **4.** | **14.** |
| **5.** | **15.** |
| **6.** | **16.** |
| **7.** | **17.** |
| **8.** | **18.** |
| **9.** | **19.** |
| **10.** | **20.** |
| **Επάρκεια στην Ελληνική Νοηματική Γλώσσα (ΕΝΓ)** (ναι/όχι): |
| **Επάρκεια στην Ελληνική Γραφή Braille (ΕΓΒ)** (ναι/όχι): |
| **ΚΑΤΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ:** |
| 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): |   |
|  |
| **Άλλοι λόγοι:** |  |
| **Υποβάλλω συνημμένα:** |   |
| **1.** | **6.** |
| **2.** | **7.** |
| **3.** | **8.** |
| **4.** | **9.** |
| **5.** | **10.** |

 **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:**

 **Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ:**