

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ

ΠΡΟΣ: ΕΛ.ΚΕ.Θ.Ε

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ/ΑΣ					
Επώνυμο	Όνομα		Πατρώνυμο		Μητρώνυμο
Διεύθυνση				Αριθμός	
Πόλη	Νομός		T.K.		
Τηλ. Οικίας	Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου				
Κιν. Τηλ.					
Διαθέσιμος/-η από					
Ημερομηνία Γέννησης					
Είστε Έλληνας/ίδα πολίτης;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Εάν όχι, έχετε δικαίωμα εργασίας στην Ελλάδα; (Επισύναψη Σχετικού Αποδεικτικού)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Έχετε εργαστεί ξανά σε σχετική θέση;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Εάν ναι, πότε;		
Υπηρετείτε ως ΔΥ στο Δημόσιο Τομέα ή στον Ευρύτερο Δημόσιο Τομέα;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Εάν ναι, από πότε;		

Θέση για την οποία υποβάλλω υποψηφιότητα και έχω τα απαιτούμενα τυπικά προσόντα.

1. Αριθμός πρωτοκόλλου προκήρυξης: 20043/.....
2. Τίτλος ερευνητικού προγράμματος:.....
.....
3. Κωδικός θέσης: (όπου απαιτείται).....

Συνημμένα:

.....

.....

.....

.....

Αντικατάσταση της αιτήσεως ή διόρθωση αυτής ή συμπλήρωση τυχόν ελλειπόντων δικαιολογητικών επιτρέπεται μόνο μέχρι τη λήξη της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων. **Δικαιολογητικά που κατατίθενται μετά τη λήξη προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων δεν λαμβάνονται υπόψη.**

Η ευθύνη της σωστής συμπλήρωσης της αιτήσεως και της υποβολής των συνημμένων δικαιολογητικών είναι αποκλειστικά του υποψηφίου.

ΑΠΟΠΟΙΗΣΗ ΕΥΘΥΝΩΝ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι απαντήσεις μου είναι αληθείς και πλήρεις σύμφωνα με όσα γνωρίζω.

Εάν αυτή η αίτηση υποψηφιότητας γίνει δεκτή, αποδέχομαι ότι τυχόν ψευδής ή παραπλανητική πληροφορία στην αίτηση ή κατά τη συνέντευξή μου είναι δυνατό να οδηγήσει στην διακοπή της συνεργασίας.

Υπογραφή

Ημερομηνία