

ΔΗΜΟΣ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΠΑΦΟΥ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΣΤΗ ΘΕΣΗ ΚΑΘΑΡΙΣΤΡΙΑΣ

Σημειώσεις:

- Η αίτηση να συμπληρωθεί από την αιτήτρια ιδιοχείρως με καθαρούς χαρακτήρες και με **ΚΕΦΑΛΑΙΑ**.
- Η αίτηση πρέπει να παραδοθεί στο Τμήμα Γραμματείας του Δήμου, συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη, μέχρι την **Παρασκευή, 13 Σεπτεμβρίου 2024 και ώρα 14.00μ.μ.**
- Παρακαλείσθε όπως όλες οι πληροφορίες που θα συμπεριλάβετε στην αίτηση, είναι αληθείς. Σε διαφορετική περίπτωση, η αίτηση σας θα απορριφθεί.
- Τονίζεται ότι σε περίπτωση που η αίτηση δεν είναι κατάλληλα συμπληρωμένη και/ή δεν έχουν επισυναφθεί τα απαιτούμενα έγγραφα και πιστοποιητικά, δεν θα λαμβάνεται υπόψη.

1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:.....

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:.....

ΑΡ.ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ :.....Τ.Τ.

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ:

2. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΔΗΜΟΤΙΚΗ/ΜΕΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ/ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΣΧΟΛΕΙΟ:

ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ:.....

ΜΕΤΑΛΥΚΕΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ – ΑΝΩΤΕΡΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΣΧΟΛΕΙΟ:

ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ:.....

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ/ΑΔΕΙΕΣ

ΤΙΤΛΟΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ/ΑΔΕΙΑΣ	ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ	ΗΜΕΡ.ΕΚΔΟΣΗΣ
-------------------------------------	-------------------	---------------------

- | | | |
|---------|-------|-------|
| 1. | | |
| 2. | | |

ΑΛΛΑ ΠΡΟΣΩΝΤΑ

1.
2.
3.

3 ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

	ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	ΘΕΣΗ	ΑΠΟ	ΜΕΧΡΙ
1.
2.
3.
4.

4 ΠΟΙΝΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ

Παρακαλώ αναφέρετε εάν έχετε καταδικαστεί στο παρελθόν από Δικαστήριο της Κυπριακής Δημοκρατίας ή άλλου κράτους για τροχαίο ή άλλο ποινικό αδίκημα. Παρακαλώ αναφέρετε επίσης εάν σας έχει επιβληθεί οποιαδήποτε τιμωρία για πειθαρχικό αδίκημα.

Ημερ. :

Όνομα Δικαστηρίου:.....

Απόφαση:.....

5 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

(Να προσκομιστεί απαραίτητα Πιστοποιητικό Υγείας από Κρατικό/Ιδιωτικό Νοσοκομείο)

Αναφέρετε εάν έχετε υποβληθεί σε οποιεσδήποτε χειρουργικές επεμβάσεις μέχρι σήμερα.

.....
.....
.....
.....

ΕΝΤΥΠΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ:

Παρακαλώ σημειώστε ότι μαζί με τη αίτηση σας, θα πρέπει να προσκομισθούν τα ακόλουθα έντυπα:

- Αντίγραφο πιστοποιητικού Λευκού Ποινικού Μητρώου.
- Αντίγραφο πιστοποιητικού Γεννήσεως ή Δελτίο Ταυτότητας.
- Αντίγραφο Απολυτηρίου Δημοτικής/Μέσης Εκπαίδευσης/Τεχνικής Εκπαίδευσης.
- Πιστοποιητικό υγείας.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΙΤΗΤΗ – ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατέγραψα στο παρόν έντυπο όλα τα στοιχεία που μου έχουν ζητηθεί, ότι τα στοιχεία και τα επισυναπτόμενα που έδωσα είναι ακριβή και αληθή, και ότι το έντυπο συμπληρώθηκε από εμένα. Αντιλαμβάνομαι ότι οποιαδήποτε σκόπιμη ανακρίβεια ή παράλειψη δυνατό να έχει ως αποτέλεσμα τον αποκλεισμό μου ή την άμεση ανάκληση τυχόν διορισμού μου.

Κατανώ ότι ο Δήμος Ανατολικής Πάφου χρειάζεται και επεξεργάζεται τα ανωτέρω προσωπικά μου δεδομένα για σκοπούς αξιολόγησης της αίτησής μου, σύμφωνα με το άρθρο 6(β) και (γ) του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 (GDPR) και την πιο κάτω σημείωση.

.....

Υπογραφή αιτητή

...../...../.....

Ημερομηνία

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ο Δήμος Ανατολικής Πάφου επεξεργάζεται και διατηρεί τα προσωπικά σας δεδομένα σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 (GDPR) και τον περί Προστασίας των Φυσικών Προσώπων Έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών Νόμο του 2018 (Ν.125(I)/2018), για όσο χρονικό διάστημα διαρκεί η διαδικασία πρόσληψης και μεταγενέστερα σύμφωνα με τη νομοθεσία και τις οδηγίες της Ελεγκτικής Υπηρεσίας της Δημοκρατίας. Η εν λόγω διάρκεια δύναται να παραταθεί σε περίπτωση ύπαρξης δικαστικής διαδικασίας.

Σύμφωνα με τις πρόνοιες του Κανονισμού, διατηρείτε τα ακόλουθα δικαιώματα: πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού, εναντίωσης, στη φορητότητα, καθώς και δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων.

Για περισσότερες πληροφορίες ή τυχόν απορίες σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (DPO) στο dpo@gerskipou.org.cy.

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ

Ημερ. Λήψης: / /

Όνομα Λειτουργού κατά την παραλαβή:.....Υπογραφή: