



ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Α. ΦΟΡΕΑΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΣΤΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ [συμπληρώστε κατάλληλα (με κεφαλαία γράμματα, αριθμούς ή το σημείο **X**) τα ατομικά σας στοιχεία]

1. Επώνυμο:	2. Όνομα:	3. Όν. πατέρα:
4. Όν. μητέρας:	5. Ημ/νία γέννησης: / /	6. Φύλο: Α <input type="checkbox"/> Γ <input type="checkbox"/>
7. Α.Δ.Τ.:	8. Α.Μ.Κ.Α.:	9. Τόπος κατοικίας:
10. Οδός:	11. Αριθ.:	12. Τ.Κ.:
13. Τηλέφωνο (σταθερό με κωδικό):	14. Κινητό:	15. e-mail:

Γ. ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ [για τις ειδικότητες όλων των κατηγοριών (**ΠΕ** ή **ΤΕ** ή **ΔΕ** ή **ΥΕ**) καταγράψτε την ονομασία του/ων τίτλου/ων σπουδών σας]

α/α	ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΙΤΛΟΥ
1.	
2.	
3.	
4.	

Δ. ΛΟΙΠΑ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ & ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ [συμπληρώστε μόνο εφόσον για την επιδιωκόμενη θέση απαιτούνται από την πρόσκληση και άλλα προσόντα πέρα από τον τίτλο σπουδών (π.χ. άδεια άσκησης επαγγέλματος, βεβαίωση ιδιότητας μέλους Συλλόγου, επαγγελματική ταυτότητα μέλους, βιογραφικό σημείωμα, ποινικό μητρώο, έγγραφα τεκμηρίωσης εμπειρίας / εκπαίδευσης / προϋπηρεσίας)]

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

Ε. ΛΟΙΠΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Κωδικός θέσης

[αναγράψτε τον αντίστοιχο κωδικό επιδιωκόμενης θέσης από την πρόσκληση]

Γενική εργασιακή εμπειρία

[αναγράψτε τον αριθμό μηνών εργασίας που διαθέτετε σε επαγγελματική θέση με αντικείμενο απασχόλησης συναφές με το αντικείμενο της επιδιωκόμενης θέσης]

ΣΤ. ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΗΜΜΕΝΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ

[αριθμήστε σε εμφανές σημείο καθένα από τα συνυποβαλλόμενα δικαιολογητικά και τα υπόλοιπα έγγραφα που επισυνάπτετε για την υποστήριξη της υποψηφιότητάς σας και καταγράψτε τα εδώ, **ακολουθώντας την ίδια σειρά αρίθμησης**]

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Η ακρίβεια των στοιχείων που αναφέρονται σε αυτή την αίτηση-δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών
(άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις **κυρώσεις** που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρ. 22 του **Ν. 1599/1986**, δηλαδή: «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Επίσης εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών», **δηλώνω ότι:**

1. Όλα τα **στοιχεία** της αίτησής μου είναι **ακριβή και αληθή** και **κατέχω όλα τα απαιτούμενα προσόντα** για τον επιδιωκόμενο κωδικό θέσης, όπως αυτά αναφέρονται στην ανακοίνωση και αναγράφονται στην παρούσα αίτηση. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν. 1599/1986.
2. Έχω δικαίωμα συμμετοχής στη διαδικασία επιλογής καθότι δεν έχω (με την επιφύλαξη της επόμενης παραγράφου) **κώλυμα** κατά το **άρθρο 8 του Υπαλληλικού Κώδικα**, σύμφωνα με το οποίο δεν μπορεί να επιλεγεί όποιος: **(α)** έχει **καταδικαστεί** για κακούργημα και σε οποιαδήποτε ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση (κοινή και στην υπηρεσία), απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, απιστία δικηγόρου, δωροδοκία, καταπίεση, απιστία περί την υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος καθ' υποτροπή, συκοφαντική δυσφήμιση, καθώς και για οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής· **(β)** είναι **υπόδικος** και έχει παραπεμφθεί με τελεσίδικο βούλευμα για κακούργημα ή για πλημμέλημα της προηγούμενης περίπτωσης, έστω και αν το αδίκημα παραγράφηκε· **(γ)** έχει, λόγω καταδίκης, **στερηθεί τα πολιτικά του δικαιώματα** και για όσο χρόνο διαρκεί η στέρηση αυτή· **(δ)** τελεί **υπό δικαστική συμπαράσταση**.
3. Σε περίπτωση ύπαρξης του κωλύματος της παραπάνω παραγράφου και προκειμένου για θέσεις βοηθητικού ή ανειδίκευτου προσωπικού, **εξαιρούμαι** από το κώλυμα επειδή έχω εκτίσει την ποινή μου ή επειδή έχουν αρθεί τα μέτρα ασφαλείας που μου έχουν επιβληθεί ή επειδή έχω απολυθεί υπό όρους (άρθρ. 4 παρ. 6 Ν. 2207/1994).

Ημερομηνία:

Ο/Η υποψήφι....

Όνοματεπώνυμο:

[υπογραφή]

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΩΝ – ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΠΟΣΤΑΣΤΟ ΚΟΜΜΑΤΙ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

Η «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΣΤΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» επεξεργάζεται τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα (εφεξής «Προσωπικά Δεδομένα») των υποκειμένων που συλλέγει στη παρούσα φόρμα για σαφείς και προκαθορισμένους σκοπούς, και όπως προσδιορίζονται, στο πλαίσιο παροχής της συγκατάθεσης των υποκειμένων για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων τους από τον φορέα.

Η «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΣΤΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» δεν χρησιμοποιεί τα Προσωπικά Δεδομένα για κανέναν σκοπό που παρεκκλίνει από τους σκοπούς που περιγράφονται στην παρούσα ενημέρωση, εκτός εάν απαιτείται ή επιτρέπεται από τη νομοθεσία ή παρέχεται η συγκατάθεση του υποκειμένου.

Η «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΣΤΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» δεν διαβιβάζει, εκχωρεί, πωλεί ή ανταλλάσσει τα Προσωπικά Δεδομένα που επεξεργάζεται σε οιοδήποτε τρίτο νομικό ή φυσικό πρόσωπο και λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα προστασίας και ασφάλειας των Προσωπικών Δεδομένων. Περαιτέρω, λαμβάνει όλα τα εύλογα μέτρα για να διασφαλίσει ότι η επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων είναι αξιόπιστη, ακριβής και πλήρης για την εκπλήρωση των σκοπών που περιγράφονται ανωτέρω. Τα Προσωπικά Δεδομένα θα τηρούνται για το διάστημα που απαιτείται προκειμένου να εκπληρωθούν οι σκοποί που προσδιορίζονται στην παρούσα ενημέρωση, πλην των περιπτώσεων όπου απαιτείται ή επιτρέπεται η τήρηση για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα βάσει της νομοθεσίας. Σε κάθε περίπτωση θα διαγράφονται εντός τριάντα ημερών (30) από την ανάκληση της συγκατάθεσης του υποκειμένου.

Ως Υποκείμενο των δεδομένων που μας παρέχετε μπορείτε ανά πάσα στιγμή να ασκήσετε τα δικαιώματα που προβλέπει ο Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος ενημέρωσης και πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής (δικαίωμα στην λήθη), περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας και του δικαιώματος αντίρρησης ως προς την επεξεργασία με χρήση των κατάλληλων εντύπων. Τα δικαιώματα αυτά ασκούνται με ηλεκτρονικό μήνυμα στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας Δεδομένων dpo@medicalpsychology.eu

Εφόσον ασκήσετε οποιαδήποτε από τα δικαιώματά σας αυτά, θα λάβουμε κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίηση του αιτήματός σας εντός τριάντα (30) ημερών από τη λήψη του σχετικού αιτήματος, αφού σας ενημερώσουμε είτε για την ικανοποίησή του, είτε για τους λόγους που εμποδίζουν την ικανοποίησή του. Επίσης, διατηρείτε πάντα το δικαίωμα να απευθυνθείτε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, η οποία μπορεί να δεχθεί και την υποβολή σχετικών παραπόνων είτε σε γραπτή μορφή στο πρωτόκολλό της (Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα) είτε ηλεκτρονικά (www.dpa.gr).



ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ουσα

Όνοματεπώνυμο _____ ΤΟΥ _____

με Α.Δ.Τ.:.....

Σήμερα, στις/...../.....

Δηλώνω υπεύθυνα ότι έλαβα γνώση του έντυπου **Ενημέρωσης για την επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων**, το οποίο περιγράφει τις βασικές πληροφορίες σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων από το Φορέα «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΣΤΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» κατά την διάρκεια της καταχώρησης μέχρι και την τελική αξιολόγηση των προσόντων μου της παρούσας προκήρυξης και συναινώ στην επεξεργασία τους για τον σκοπό αυτό.

Προαιρετική συγκατάθεση

Συναινώ στην αποστολή των προσωπικών μου δεδομένων σε τρίτο φορέα για την ολοκλήρωση των διαδικασιών πρόσληψης εφόσον προσληφθώ στην «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΣΤΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ».

Συναινώ στην αποστολή των ενημερώσεων που θα λαμβάνω, στο email, ή το κινητό τηλέφωνο που δηλώνω.

Συναινώ να χρησιμοποιηθούν τα προσωπικά μου δεδομένα για να ενημερωθώ για την πορεία της αξιολόγησής μου από τον «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΣΤΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» μέσω τηλεφώνου ή email.

Όνοματεπώνυμο: _____

Email: _____

Τηλέφωνο: _____

Κινητό: _____

Υπογραφή: