

**Συμπληρώστε προσεκτικά και με ευκρίνεια τα πιο κάτω (18) σημεία**

1. **ΑΦΜ:**
2. **Επώνυμο:**
3. **Όνομα:**
4. **Πατρώνυμο:**
5. **Μητρώνυμο:**
6. **Ημερ.γέννησης:**
7. **Δέλτιο Αστ.Ταυτ.:**
8. **Οικογενειακή Κατάσταση:**
9. **Τέκνα (προστατευόμενα – αριθμός):**
10. **ΑΜΚΑ:**
11. **Α.Μ. ΙΚΑ:**
12. **Ημερομηνία 1ης Ασφάλισης (πριν ή μετά το 1993):**
13. **Δ/ση Κατοικίας: Οδός, Αριθμός** **Πόλη** **Τ.Κ.**
14. **Τηλέφωνο:**
15. **Επίδομα ΟΑΕΔ (ΚΥΚΛΩΣΤΕ):** **ΝΑΙ - ΟΧΙ**
16. **IBAN: ( Να είστε ο/η κύριος/α του Λογαριασμού )** **ΟΝΟΜΑ ΤΡΑΠΕΖΑΣ:**  
**IBAN ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ: GR ...**
17. **Αριθμός Κάρτας Ανεργίας (σε ισχύ):**
18. **E-Mail (Εγκυρο):**

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986 δηλώνω ότι:

- α) δεν έχω καταδικαστεί για κακούργημα και σε οποιαδήποτε ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση (κοινή ή στην υπηρεσία), απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία για οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή έγκλημα οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής.
- β) δεν είμαι υπόδικος/η που έχει παραπεμφθεί με τελεσίδικο βούλευμα για κακούργημα ή για πλημμέλημα της περίπτωσης α), έστω και αν το αδίκημα έχει παραγραφεί,
- γ) δεν έχω στερηθεί λόγω καταδίκης τα πολιτικά μου δικαιώματα και για όσο χρόνο διαρκεί η στέρηση αυτή,
- δ) δεν τελώ υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική), υπό επικουρική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) και υπό τις δύο αυτές καταστάσεις,
- ε) δεν έχω απολυθεί από θέση δημόσιας υπηρεσίας ή Ο.Τ.Α. ή άλλου Νομικού Προσώπου του δημοσίου τομέα, λόγω επιβολής της πειθαρχικής ποινής της οριστικής παύσεως ή λόγω καταγγελίας της σύμβασης εργασίας για σπουδαίο λόγο, οφειλόμενο σε υπαιτιότητα μου (του εργαζομένου) και έχει παρέλθει πενταετία από την απόλυση.
- στ) έχω την υγεία για την εκτέλεση των καθηκόντων της αντίστοιχης θέσης.
- ζ) αποδέχομαι και συναινώ στην αναζήτηση, επεξεργασία και διατήρηση των προσωπικών μου δεδομένων από τους αρμόδιους υπαλλήλους του Δήμου προς διενέργεια και ολοκλήρωση των διαδικασιών που απαιτούνται για την πρόσληψη μου (Κανονισμός) (ΕΕ) 2016/679 (ΓΚΠΔ) - προσωπικών δεδομένων).

Ημερομηνία .../.../2020

Παλαιό Φάληρο

Ο / Δηλών/ούσα Ωφελούμενος/η

Υπογραφή

**Συμπληρώνονται από την Υπηρεσία:**

- **Ημερομηνία πρόσληψης:**
- **Ειδικότητα:**
- **Κωδ.Ειδικ.:**
- **Ειδ.Ασφ.:**
- **Πακ.Κάλ.:**
- **Παρ.ΚΑΔ:**