

ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΣΥΜΠΡΑΞΗ ΝΟΜΟΥ ΗΛΕΙΑΣ

Αίτηση υποψήφιου για συμμετοχή στο Τοπικό Σχέδιο Δράσης:

«ΤΟΠΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΝΤΑΞΗΣ ΓΙΑ ΕΥΑΛΩΤΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΛΕΙΑΣ»



A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

1. ΕΠΩΝΥΜΟ : , ΟΝΟΜΑ :

2. ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: , ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ :

3. Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΟΔΟΣ : , ΑΡΙΘΜΟΣ : , ΔΗΜΟΣ :

ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ : , Τ.Κ.

ΤΗΛΕΦΩΝΑ : , ΚΙΝ :

EMAIL :

4. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : ημερομηνία / μήνας /έτος

5. ΦΥΛΟ :

ΑΝΔΡΑΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ

6. ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ :

7. Α.Φ.Μ : , ΔΟΥ :

8. ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΚΑ :

9. ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ : ΝΑΙ ΟΧΙ ΝΟΜΙΜΗ ΑΠΑΛΛΑΓΗ

10. ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ :

11. ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ :

12. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ :

ΑΓΑΜΟΣ/Η

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η

ΕΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ :

13. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΚΑΡΤΑΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ : ημερομηνία / μήνας /έτος

14. ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΝΩΝ ΑΝΕΡΓΙΑΣ (από την ημερομηνία έκδοσης της κάρτας ανεργίας) :



B. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΥΑΛΩΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ:

15. Σημειώστε με Χ σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκετε

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΝΕΡΓΟΙ ΑΝΩ ΤΩΝ 45 ΕΤΩΝ ΜΕ ΧΑΜΗΛΑ ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

ΑΤΟΜΑ ΕΥΡΙΣΚΟΜΕΝΑ ΣΕ ΦΤΩΧΕΙΑ/ΑΠΕΙΛΟΥΜΕΝΑ ΑΠΟ ΦΤΩΧΕΙΑ

ΑΡΧΗΓΟΙ ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ

ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ (κινητικά προβλήματα)

ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ (προβλήματα αισθητηρίων οργάνων)

ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ (νοητική υστέρηση)



Γ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

16. Συμπληρώστε τις παρακάτω πληροφορίες

ΔΗΜΟΤΙΚΟ : ΕΤΟΣ :

ΓΥΜΝΑΣΙΟ : ΕΤΟΣ :

ΛΥΚΕΙΟ : ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ : ΕΤΟΣ :

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΕΙΔΙΚΗΣ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ
ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ (Ε.Ε.Ε.Ε.Κ) : ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ : ΕΤΟΣ :

ΤΕΧΝΙΚΟ ΛΥΚΕΙΟ/Τ.Ε.Ε : ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ : ΕΤΟΣ :

Ι.Ε.Κ : ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ : ΕΤΟΣ :

Τ.Ε.Ι : ΣΧΟΛΗ : ΕΤΟΣ :

Α.Ε.Ι : ΣΧΟΛΗ : ΕΤΟΣ :

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ : ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ &
ΤΜΗΜΑ : ΕΤΟΣ :

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ : ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ &
ΤΜΗΜΑ : ΕΤΟΣ :

ΒΑΘΜΟΣ ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟΥ / ΠΤΥΧΙΟΥ :

17. Έχετε συμμετάσχει σε άλλο επιδοτούμενο πρόγραμμα κατάρτισης στο παρελθόν;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε συμπληρώστε τον ακόλουθο πίνακα με τα στοιχεία των προηγούμενων προγραμμάτων κατάρτισης που έχετε παρακολουθήσει (ξεκινώντας από το πιο πρόσφατο) :

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ (ΣΕ ΩΡΕΣ)	ΦΟΡΕΑΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ

Αναπτυξιακή Σύμπραξη Νομού Ηλείας - Αίτηση

18. Έχετε εργαστεί στο παρελθόν ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, σημειώστε όλες τις θέσεις εργασίας που έχετε απασχοληθεί (και την άτυπη απασχόληση) ξεκινώντας από την πιο πρόσφατη

Ειδικότητα/Θέση εργασίας	Επιχείρηση (αναφέρατε δραστηριότητα)	Χρονική περίοδος	Λόγος διακοπής



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

19. Τι επιθυμείτε από την υλοποίηση των δράσεων του προτεινόμενου έργου; (σημειώστε με 1, 2, 3 τη σειρά προτεραιότητας - εάν δεν επιθυμείτε κάποιο από τα παρακάτω δεν το δηλώνετε)

ΝΑ ΑΠΟΡΡΟΦΗΘΕΙΤΕ ΣΕ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΛΕΙΑΣ

ΝΑ ΙΔΡΥΣΕΤΕ ΝΕΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

ΝΑ ΙΔΡΥΣΕΤΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ



ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

1. Αντίγραφο κάρτας ανεργίας ΟΑΕΔ
2. Βεβαίωση χρόνου ανεργίας
3. Παραπεμπτικό από το ΚΠΑ ή την Τοπική Υπηρεσία ΟΑΕΔ που είναι εγγεγραμμένοι
4. Φωτοτυπία Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας ή Φωτοτυπία Διαβατηρίου
5. Βεβαίωση απόδοσης Αριθμού Μητρώου ΙΚΑ
6. Βεβαίωση απόδοσης ΑΜΚΑ
7. Φωτοτυπία της πλέον πρόσφατης φορολογικής δήλωσης
8. Έγγραφο πιστοποίησης τόπου διαμονής ή υπεύθυνη δήλωση
9. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης ή υπεύθυνη δήλωση
10. Φωτοτυπία πτυχίων σπουδών / ξένων γλωσσών (εάν υπάρχουν)
11. Φωτοτυπία βεβαιώσεων παρακολούθησης προγραμμάτων κατάρτισης (εάν υπάρχουν)

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- όλα τα στοιχεία που αναφέρω στην παραπάνω αίτηση είναι αληθή
- τα φωτοτυπημένα συνοδευτικά έγγραφα ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα
- γνωρίζω ότι στοιχεία μου, τα οποία αναφέρονται στην παρούσα αίτηση, θα περαστούν στο Σύστημα Παρακολούθησης Ωφελουμένων Ολοκληρωμένων Παρεμβάσεων, με αποκλειστικό σκοπό τη διευκόλυνση της διαχείρισης και παρακολούθησης της Παρέμβασης.

Ο/Η αιτών/ούσα

(ονοματεπώνυμο).....

(υπογραφή).....

Ημερομηνία: / /

