

Θεσσαλονίκη, 21/11/2019  
Αρ. Πρωτ: 257/2019 ΑΙ

## ΜΕΡΙΚΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Η Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών, στο πλαίσιο της πράξης με τίτλο: «Οικοτροφείο για πάσχοντες από άνοια τελικού σταδίου στο Νομό Θεσσαλονίκης» στον Άξονα Προτεραιότητας «Προώθηση της κοινωνικής ένταξης και καταπολέμηση της φτώχειας - ΕΚΤ» του Ε.Π. «Κεντρική Μακεδονία», προτίθεται να αναθέσει δύο (2) θέσεις εργασίας σε επαγγελματίες με σύμβαση εξαρτημένης εργασίας, οι οποίοι θα επιλεγούν μέσα από νόμιμες διαδικασίες (όπως περιγράφονται στις σχετικές παραγράφους) και θα υλοποιήσουν το φυσικό αντικείμενο για χρονικό διάστημα δύο (2) ετών. Μετά τη λήξη της 24μηνιας περιόδου χρηματοδότησης από τα συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα, οι δαπάνες θα καλύπτονται κατ' έτος από τις πιστώσεις του κρατικού προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας.

Συνολικά, το πρόγραμμα θα έχει διάρκεια είκοσι τέσσερις (24) μήνες και θα απασχοληθούν δύο (2) άτομα με τις παρακάτω ειδικότητες:

1. Ένα/Μία (1) Παθολόγο, μερικής απασχόλησης
2. Ένα/Μία (1) Νοσηλεύτη/τρια, πλήρους απασχόλησης

### ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΟΥ

Η λειτουργία του Οικοτροφείου θα παρέχει ολοκληρωμένη και εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα σε 25 άτομα με άνοια τελικού σταδίου (άντρες και γυναίκες). Το Οικοτροφείο θα δίνει ιδιαίτερη σημασία στο σχεδιασμό φροντίδας για το τελικό στάδιο της ζωής των ασθενών και θα αναγνωρίζει τις βασικές αρχές των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων για το τελικό στάδιο της ζωής τους. Κατά τη λειτουργία του Οικοτροφείου θα τηρείται αρχείο ιστορικού των ασθενών και θα ενημερώνεται η πλατφόρμα σχετικά με όλα τα απαραίτητα δεδομένα. Το Οικοτροφείο προβλέπεται να στεγαστεί σε ενοικιαζόμενο κτήριο στον Νομό Θεσσαλονίκης.

Η μονάδα θα παρέχει:

- Απασχόληση των ατόμων με άνοια τελικού σταδίου (εργοθεραπεία, θεραπείες τέχνης, παιγνιοθεραπεία, τραγουδιού)
- Φυσική αποκατάσταση (φυσικοθεραπεία)
- 24ωρη φροντίδα
- Ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη
- Υπηρεσίες για περιθάλποντες (ομαδικά και ατομικά προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης και συμβουλευτικής, υπηρεσίες κοινωνικού λειτουργού)
- Υποστήριξη και ενημέρωση των περιθάλπόντων για τα δικαιώματα και τις κοινωνικές παροχές στην άνοια καθώς και τη διεκπεραίωση των σχετικών διαδικασιών εφόσον χρειαστεί.

## Παθολόγος

### Ελάχιστα Απαιτούμενα Προσόντα:

α) Πτυχίο Ιατρικής ΑΕΙ ή το ομώνυμο πτυχίο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (Ε.Α.Π) ΑΕΙ ή ισότιμος τίτλος σχολών της ημεδαπής ή αλλοδαπής, αντίστοιχης ειδικότητας.

β) Άδεια χρησιμοποίησης τίτλου Ιατρικής ειδικότητας Παθολογίας.

γ) Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος

δ) Καλή γνώση αγγλικής γλώσσας.

ε) Γνώση Χειρισμού Η/Υ στα αντικείμενα: i) επεξεργασίας κειμένων, ii) υπολογιστικών φύλλων και iii) υπηρεσιών διαδικτύου.

στ) Προηγούμενη εμπειρία τουλάχιστον 6 μηνών σε εξωνοσοκομειακές Μονάδες Ψυχικής Υγείας ή Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, ή σε συναφείς κοινοτικές (μη-ιδρυματικές) Μονάδες του ευρύτερου δημόσιου τομέα και του εξωτερικού. Σε περίπτωση που δεν βρεθεί υποψήφιος που να ικανοποιεί το κριτήριο αυτό, γίνεται αποδεκτή εμπειρία τουλάχιστον ενός (1) έτους με άτομα με άνοια ή άτομα της Τρίτης Ηλικίας γενικότερα.

ζ) Για τους άνδρες υποψήφιους: εκπληρωμένες στρατιωτικές υποχρεώσεις ή νόμιμη απαλλαγή από αυτές.

### Βαθμολογούμενα κριτήρια:

ΚΡΙΤΗΡΙΟ	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΣΧΟΛΙΑ
Επαγγελματική εμπειρία σύμφωνα με το κριτήριο (ΣΤ)	10/Εξάμηνο	10 μονάδες ανά εξάμηνο εμπειρίας με ανώτατη βαθμολογία του κριτηρίου το 80 (δηλ. τα 4 έτη)
Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Σπουδών ή Διδακτορικό (Σε περίπτωση πτυχίου της αλλοδαπής θα πρέπει να υπάρχει επίσημη αναγνώριση από ΔΟΑΤΑΠ)	20	Σε περίπτωση κατοχής 2 τίτλων της ίδιας βαθμίδας, βαθμολογείται ο ένας τίτλος
Πτυχίο ξένης γλώσσας	5/ ξένη γλώσσα	Το επίπεδο γλωσσομάθειας πρέπει να είναι κατ' ελάχιστον Β2 = Καλή Γνώση/ξένη γλώσσα

## Νοσηλευτής/τρια

### Ελάχιστα Απαιτούμενα Προσόντα:

α) Πτυχίο ή δίπλωμα Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. ή το ομώνυμο πτυχίο ή δίπλωμα Προγραμμάτων Σπουδών Επιλογής (Π.Σ.Ε.) Τ.Ε.Ι. ή αντίστοιχο κατά ειδικότητα πτυχίο ή δίπλωμα Τ.Ε.Ι. ή Προγραμμάτων Σπουδών Επιλογής (Π.Σ.Ε.) Τ.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ισότιμος τίτλος σχολών της ημεδαπής ή αλλοδαπής, αντίστοιχης ειδικότητας ή το ομώνυμο ή αντίστοιχο κατά ειδικότητα πτυχίο Κ.Α.Τ.Ε.Ε. ή ισότιμος τίτλος της ημεδαπής ή αλλοδαπής, αντίστοιχης ειδικότητας.

β) Άδεια άσκησης επαγγέλματος νοσηλευτή

γ) Ταυτότητα μέλους της Ένωσης Νοσηλευτών/τριών Ελλάδος (Ε.Ν.Ε.), η οποία να είναι σε ισχύ ή Βεβαίωση Ανανέωσης Εγγραφής στην Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος (Ε.Ν.Ε.) του τρέχοντος έτους ή Βεβαίωση εγγραφής στην Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας (Ε.Ν.Ε.), για όσους εγγράφονται για πρώτη φορά, η οποία είναι σε ισχύ μέχρι το τέλος Φεβρουαρίου του επόμενου έτους από την έκδοσή της, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 4, παρ.5 του ν.3252/2004.

δ) Καλή γνώση αγγλικής γλώσσας

ε) Γνώση Χειρισμού Η/Υ στα αντικείμενα: i) επεξεργασίας κειμένων, ii) υπολογιστικών φύλλων και iii) υπηρεσιών διαδικτύου.

στ) Προηγούμενη εμπειρία τουλάχιστον 6 μηνών σε εξωνοσοκομειακές Μονάδες Ψυχικής Υγείας ή Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, ή σε συναφείς κοινοτικές (μη-ιδρυματικές) Μονάδες του ευρύτερου δημόσιου τομέα και του εξωτερικού. Σε περίπτωση που δεν βρεθεί υποψήφιος που να ικανοποιεί το κριτήριο αυτό, γίνεται αποδεκτή εμπειρία τουλάχιστον ενός (1) έτους με άτομα με άνοια ή άτομα της Τρίτης Ηλικίας γενικότερα.

ζ) Για τους άνδρες υποψήφιους: εκπληρωμένες στρατιωτικές υποχρεώσεις ή νόμιμη απαλλαγή από αυτές.

### Βαθμολογούμενα κριτήρια:

ΚΡΙΤΗΡΙΟ	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΣΧΟΛΙΑ
Επαγγελματική εμπειρία σύμφωνα με το κριτήριο (ΣΤ)	10/Εξάμηνο	10 μονάδες ανά εξάμηνο εμπειρίας με ανώτατη βαθμολογία του κριτηρίου το 80 (δηλ. τα 4 έτη)
Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Σπουδών ή Διδακτορικό (Σε περίπτωση πτυχίου της αλλοδαπής θα πρέπει να υπάρχει επίσημη αναγνώριση από ΔΟΑΤΑΠ)	20	Σε περίπτωση κατοχής 2 τίτλων της ίδιας βαθμίδας, βαθμολογείται ο ένας τίτλος
Πτυχίο ξένης γλώσσας	5/ ξένη γλώσσα	Το επίπεδο γλωσσομάθειας πρέπει να είναι κατ' ελάχιστον Β2 = Καλή Γνώση/ξένη γλώσσα



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Ταμείο  
Περιφερειακής Ανάπτυξης

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ  
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



ΕΣΠΑ  
2014-2020  
ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

**Η προσμέτρηση μονάδων βαθμολόγησης πραγματοποιείται για τα προσόντα εκείνα, τα οποία αναφέρονται στα απαιτούμενα ή συνεκτιμώμενα προσόντα-κριτήρια της πρόσκλησης και βρίσκονται σε αντικειμενική συνάφεια με τις απαιτήσεις του έργου.**

## **ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

1. Υποβολή Πρότασης – Δήλωσης (επισυνάπτεται)
2. Αναλυτικός πίνακας στοιχείων απόδειξης εμπειρίας (επισυνάπτεται)
3. Άδειες ασκήσεως επαγγελμάτων, εφόσον απαιτείται
4. Αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα
5. Αντίγραφο βασικού Τίτλου Σπουδών
6. Αντίγραφα λοιπών τίτλων σπουδών, πιστοποιήσεων και βεβαιώσεων προϋπηρεσίας, καθώς και κάθε άλλο στοιχείο που θα τεκμηριώνει τα στοιχεία που θα αναφέρονται στο βιογραφικό.
7. Αντίγραφο πιστοποιητικού στρατολογικής κατάστασης ή απολυτηρίου στρατού / Αντίγραφο βεβαίωσης αναβολής (για τους άνδρες υποψηφίους)

**\* Αποδεικτικά στοιχεία απόδειξης επαγγελματικής εμπειρίας:**

### **A. Για επαγγελματική εμπειρία στον ιδιωτικό τομέα**

Βεβαίωση του οικείου ασφαλιστικού φορέα. Εφόσον από τη βεβαίωση του ασφαλιστικού φορέα δεν προκύπτει η εξειδικευμένη εμπειρία, απαιτείται η προσκόμιση σύμβασης ή δελτίου παροχής υπηρεσιών που να καλύπτει ενδεικτικώς τη διάρκεια της εξειδικευμένης εμπειρίας.

### **B. Για επαγγελματική εμπειρία στο δημόσιο τομέα**

Βεβαίωση του φορέα απασχόλησης ή/και σύμβαση με το φορέα απασχόλησης, από όπου να αποδεικνύεται το χρονικό διάστημα και το αντικείμενο απασχόλησης.

Οι άνδρες ενδιαφερόμενοι πρέπει να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν απαλλαγεί νόμιμα απ' αυτές.

**Η υποβολή των προτάσεων και λοιπών δικαιολογητικών** από τους ενδιαφερόμενους θα γίνεται είτε με φυσική παρουσία είτε ταχυδρομικά στη διεύθυνση:

Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών, Λεωφ. Κ. Καραμανλή 164 Θεσσαλονίκη, 6<sup>ος</sup> όροφος, ώρες 9:00-14:00 από την Πέμπτη 21/11/2019 έως και την Πέμπτη 5/12/2019 και θα λαμβάνουν αριθμό πρωτοκόλλου από τη Γραμματεία του φορέα. Δε θα γίνονται δεκτές αιτήσεις που θα παραληφθούν ταχυδρομικώς μετά την Πέμπτη 5/12/2019.

Για **πληροφορίες** σχετικά με το αντικείμενο του έργου και τη διαδικασία υποβολής πρότασης, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται τηλεφωνικά στο 2310- 351451 (κα Εύη Σιαχούδη /εσωτ.268 και κα Έρση Γραμματικού/εσωτ 262).

Η αξιολόγηση των υποβαλλόμενων προτάσεων θα πραγματοποιηθεί από την τριμελή Επιτροπή Διαγωνισμών και Αξιολόγησης Προσωπικού, που έχει ορίσει το Διοικητικό Συμβούλιο της AlzheimerHellas. Μετά από κατάταξη των αιτήσεων με βάση τα προσόντα των υποψηφίων, θα κληθούν για συνέντευξη από την Επιτροπή Διαγωνισμών και Αξιολόγησης Προσωπικού οι πρώτοι 5 από κάθε ειδικότητα και κάθε θέση. Σε περίπτωση που μετά από την πρώτη διαδικασία συνέντευξης δε βρεθεί κατάλληλος υποψήφιος, η Επιτροπή μπορεί να καλέσει σε συνέντευξη τους επόμενους της κατάταξης. Ο Υποψήφιος που επιθυμεί να υποβάλει ένσταση σχετικά με το αποτέλεσμα (απόφαση αποδοχής αποτελεσμάτων) δικαιούται να προσφύγει (είτε με φυσική παρουσία είτε ταχυδρομικά) στην Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών, Λεωφ. Κ. Καραμανλή 164 Θεσσαλονίκη, 6<sup>ος</sup> όροφος, ώρες 9:00-14:00 εντός τριών (3) εργάσιμων ημερών από την επομένη της ανάρτησης της απόφασης αποδοχής αποτελεσμάτων στην ιστοσελίδα της Alzheimer Hellas. Ο υποψήφιος έχει υποχρέωση να ενημερώνεται για την ανάρτηση των αποτελεσμάτων από την ιστοσελίδα της Alzheimer Hellas <http://www.alzheimer-hellas.gr>.



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ  
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ – ΛΟΙΠΟΙ ΟΡΟΙ

1. Από τις προτάσεις που υποβάλλονται **εμπρόθεσμα** και παραδεκτά κατά τα ανωτέρω, επιλέγεται εκείνη που κρίνεται πιο κατάλληλη.
2. Εμπρόθεσμες θεωρούνται οι προτάσεις/ενστάσεις που θα παραληφθούν μέχρι την οριζόμενη ημερομηνία και ώρα. Στην περίπτωση ταχυδρομικής αποστολής ή αποστολής με ταχυμεταφορά το εμπρόθεσμο κρίνεται με βάση την ημερομηνία παραλαβής από την AlzheimerHellas. Η AlzheimerHellas ουδεμία ευθύνη φέρει για το περιεχόμενο των φακέλων των προτάσεων που θα αποσταλούν.
3. Αντικατάσταση της πρότασης ή διόρθωση αυτής ή συμπλήρωση τυχόν ελλειπόντων δικαιολογητικών επιτρέπεται μόνο μέχρι τη λήξη της προθεσμίας υποβολής των προτάσεων.
4. Για τους ενδιαφερόμενους, των οποίων οι τίτλοι σπουδών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (προπτυχιακών και μεταπτυχιακών) αποτελούν απαιτούμενο ή συνεκτιμώμενο τυπικό προσόν και έχουν χορηγηθεί από ιδρύματα του εξωτερικού, πρέπει να συνοδεύονται από πιστοποιητικά αναγνώρισης του ΔΟΑΤΑΠ.
5. Η διαδικασία της πρόσκλησης θα ολοκληρωθεί με σύνταξη πίνακα κατάταξης (δεν απαιτείται σύνταξη πίνακα κατάταξης, όταν έχει υποβληθεί μόνο μια πρόταση ή όταν μόνο μία πρόταση βαθμολογηθεί), ενώ όσοι επιλεγούν θα ειδοποιηθούν κατ' ιδίαν. Σε περίπτωση ισοβαθμίας επιλέγεται κατά σειρά η πρόταση του ενδιαφερόμενου α) με τη μεγαλύτερη εμπειρία β) με το μεγαλύτερο βαθμό στο βασικό τίτλο σπουδών γ) με το μεγαλύτερο βαθμό στο μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών.
6. Υποβληθείσα πρόταση, η οποία δεν πληροί τα απαιτούμενα προσόντα της πρόσκλησης, δε βαθμολογείται και απορρίπτεται.
7. Καθ' όλη τη διάρκεια της πρόσληψης μπορεί να πραγματοποιηθεί αντικατάσταση του/των επιλεχθέντος/ντων με άλλον/ους ενδιαφερόμενο/ους στο πλαίσιο της παρούσης πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος και σύμφωνα με το συνταγμένο πίνακα κατάταξης.
8. Η πιστοποίηση γνώσης Η/Υ αποδεικνύεται με βάση τα οριζόμενα στο άρθρο 27 παρ. 6 του ΠΔ 50/2001 Καθορισμός προσόντων διορισμού σε θέσεις φορέων του δημόσιου τομέα όπως αυτό ισχύει» (ΦΕΚ Α' 39/5.3.2001, ΦΕΚ Α' 24/30.01.2013 και ΦΕΚ Α' 63/9.3.2005).
9. Ξενόγλωσσα δικαιολογητικά έγγραφα της ημεδαπής ή της αλλοδαπής θα πρέπει να προσκομίζονται συνοδευόμενα από φωτοαντίγραφα επίσημης μετάφρασής τους στην ελληνική γλώσσα.

Γλυκερία Τσαπικίδου  
Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας  
Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Ταμείο  
Περιφερειακής Ανάπτυξης

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ  
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ



## ΥΠΟΒΟΛΗ ΠΡΟΤΑΣΗΣ – ΔΗΛΩΣΗΣ\*

(με όλες τις συνέπειες του νόμου για ψευδή δήλωση)

Επώνυμο : ..... Όνομα: .....

Πτυχίο (ή Δίπλωμα:) ..... Τελικός βαθμός (αριθμητικά, προσέγγιση 2 δεκαδικών):.....

Έτος γέννησης: ..... Τόπος γέννησης: ..... Νομός: .....

Όνομα και επώνυμο του πατέρα: .....

Όνομα και επώνυμο της μητέρας: .....

Διεύθυνση κατοικίας: Οδός: ..... Αρ: ..... Τ.Κ.: ..... Πόλη: ..... Τηλ.: .....

Διεύθυνση εργασίας: Οδός: ..... Αρ: ..... Τ.Κ.: ..... Πόλη: ..... Τηλ.:.....

Κινητό τηλ:.....e-mail: .....Α.Φ.Μ.: .....

**Να αναγραφούν στην παρούσα πρόταση-δήλωση και από τον υποψήφιο στο εξωτερικό του φακέλου τα εξής (συμπληρώνονται):**

Ο αριθμός του πρωτόκολλου της Πρόσκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος:

257/2019 ΑΙ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πληροφορίες που δίνονται στο σύνολο των εντύπων αυτής της πρότασης είναι ακριβείς και αληθείς.

## ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Ημερομηνία : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Συνημμένα υποβάλλω: 1.

2.

**\*Η ελλιπής συμπλήρωση της πρότασης-δήλωσης αποτελεί κριτήριο αποκλεισμού.**



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Ταμείο  
Περιφερειακής Ανάπτυξης

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ  
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

## ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ

(Καταγράφεται από τον ενδιαφερόμενο όλη η σχετική με το αντικείμενο της πρόσκλησης εμπειρία εφόσον απαιτείται)

α/α	Από	Έως	Είδος Εμπειρίας <sup>(1)</sup>	(α)	(β)	Φορέας απασχόλησης - Εργοδότης	Κατηγορία φορέα <sup>(2)</sup>	Αντικείμενο απασχόλησης
				Μήνες απασχόλησης	Ημέρες απασχόλησης			
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>				_____	_____	<b>ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΜΗΝΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ<sup>(3)</sup></b>		

(1) Συμπληρώνεται Επ. για επαγγελματική εμπειρία

(2) Μόνο για την περίπτωση επαγγελματικής εμπειρίας, συμπληρώνεται κατά περίπτωση με «I» ή «Δ», ανάλογα με την κατηγορία του φορέα απασχόλησης, όπου I: Ιδιωτικός τομέας, Φυσικά Πρόσωπα ή Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (εταιρείες κτλ)· Δ: Δημόσιος τομέας, υπηρεσίες του Δημοσίου ή ΝΠΔΔ ή ΟΤΑ α' και β' βαθμού ή ΝΠΙΔ του δημόσιου τομέα της παρ. 1 του άρθρ. 14 του Ν. 2190/1994 όπως ισχύει ή φορείς της παρ. 3 του άρθρ. 1 του Ν. 2527/1997. Εφόσον πρόκειται για ελεύθερο επαγγελματία, συμπληρώνεται με την ένδειξη «Ε».

(3) Συμπληρώνεται το ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΜΗΝΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ. Εφόσον στη στήλη (β) προκύπτει εμπειρία, το σύνολο των ημερών απασχόλησης διαιρείται διά του 25 (αν η εμπειρία έχει υπολογιστεί ως αριθμός ημερομισθίων) ή διά του 30 (αν η εμπειρία έχει υπολογιστεί ως χρονικό διάστημα από την ημερομηνία έναρξης έως την ημερομηνία λήξης της απασχόλησης) και το ακέραιο αποτέλεσμα προστίθεται στο σύνολο των μηνών απασχόλησης της στήλης (α).



**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**  
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ  
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



**Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ - ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ