****

**Αρ.Πρωτ ……………… Θεσσαλονίκη ………………**

**ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΛΟΙΠΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΩΝ**

Παρακαλώ όπως, εγκρίνετε τη συμμετοχή μου στο Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα του ΚΚΠΚΜ 2020 ως……………….........................................................................................................................

**ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ**

**Ονοματεπώνυμο: ......................................................................................................**

**Ημερομηνία γέννησης: ..........................Email:……………………………………………….**

**Διεύθυνση κατοικίας- Πόλη: ................................................................................................**

**Τηλέφωνο:...........................................................................................................................**

**Κατασκηνωτική περίοδος που επιθυμείτε να συμμετάσχετε: ……….............................**

**Παράρτημα με το οποίο θα συνεργαστείτε στο Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα 2020: ………………………………**

**Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: □□□□□□□□□□**

**ΑΦΜ: □□□□□□□□□ ΑΜΚΑ: □□□□□□□□□□□**

**Αριθμός Μητρώου ΙΚΑ (ΑΜΑ): □□□□□□□□□□□ ΔΟΥ:………………………………..**

**ΤΡΑΠΕΖΑ:……………………ΙΒΑΝ:GR□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□**

**Πρόσθετες γνώσεις: ............................................................................................................................................**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Προϋπηρεσία: ………………………………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Εθελοντική εμπειρία (έτη/Φορέας): ………………………………………………………………………………….**

**Προϋπηρεσία σε κατασκηνώσεις ΑμεΑ (*αριθμός, περίοδοι, Φορέας υλοποίησης)* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

Οικογενειακή Κατάσταση (Έγγαμος-Άγαμος-πλήθος τέκνων στο σύνολο και όσα είναι κάτω των 18 το αναγράφουμε και έως 24 ετών που σπουδάζουν και δεν εργάζονται.)……………………………………

Ποσοστό Αναπηρίας εάν είστε Α.Μ.Ε.Α…………………………………………………………………

Τίτλοι Σπουδών (αποφ.Δημοτικού-Λυκείου-Πτυχ. ΑΕΙ ή ΤΕΙ)………………………………………..

Λαμβάνετε Επίδομα Ανεργίας σήμερα(Χ) ; ΝΑΙ ή ΟΧΙ Εάν ναι από Ποιόν Ο.Α.Ε.Δ :…………….

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΟΔΟΥ**

Ο/Η ως άνω αιτών/ -ούσα, δηλώνω υπεύθυνα και εν γνώσει των συνεπειών του Ν.1599/86, ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή, ότι η κατάσταση της υγείας μου επιτρέπει να ασκήσω τις υποχρεώσεις μου ως συνοδός παιδιών - ατόμων με αναπηρία και ότι για κάθε κώλυμα που θα παρουσιασθεί, θα ενημερώσω το παράρτημα του οποίου ΑμεΑ συνοδεύω ή τον γονέα του οποίου το τέκνο συνοδεύω, την Συντονίστρια της κατασκήνωσης και το Κ.Κ.Π.Κ.Μ Ημερομηνία ........................................2020

Ο/ Η Αιτ.........

**Σας επισυνάπτω ΦΩΤΟΤΥΠΙΕΣ από:1)Ταυτότητα 2)Απογραφικό Ι.Κ.Α (ΕΦΚΑ) 3)Εκκαθαριστικό Εφορίας4)Κάρτα Ανεργίας , αν είστε Άνεργος 5)Απόφαση Αναπηρίας αν είστε Α.Μ.Ε.Α(ΚΕΠΑ)**

**6)Πρώτη σελίδα Καταθετικού Λογαρ. Τραπέζης**