



Κέντρο Δια Βίου Μάθησης 2

Περιφέρειας
Κεντρικής Μακεδονίας

ΚΕ.ΔΙ.ΒΙ.Μ.2. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ.

Κεντρική Δομή:

ΤΕΡΜΑ ΟΜΟΝΟΙΑΣ, ΣΕΡΡΕΣ
ΤΗΛ. 2321045405, 2321037865
FAX. 2321051861

Γραφεία Επικοινωνίας και Ενημέρωσης:

ΥΨΗΛΑΝΤΟΥ 4,, 3^{ος} ΟΡΟΦΟΣ, ΣΕΡΡΕΣ
ΤΗΛ. 23210 23640
FAX. 23210 51861
Website : www.kekpkm.gr
E-mail : info@kekpkm.gr



Αρ. Πρ..

Σέρρες,...../...../.....

ΑΙΤΗΣΗ ΩΣ:	ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ	✓
ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΕΝΔΙΑΜΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΡΙΩΝ (3) ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΤΩΝ 20 ΑΤΟΜΩΝ ΕΚΑΣΤΟ ΠΟΥ ΘΑ ΥΛΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	
	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΕΝΔΙΑΜΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΕΣΣΕΡΩΝ (4) ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΤΩΝ 20 ΑΤΟΜΩΝ ΕΚΑΣΤΟ ΠΟΥ ΘΑ ΥΛΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΗΝ ΓιΟΥΓΚΟΣΛΑΒΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	
	ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	
ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΕΝΔΙΑΜΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΡΙΩΝ (3) ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΤΩΝ 20 ΑΤΟΜΩΝ ΕΚΑΣΤΟ ΠΟΥ ΘΑ ΥΛΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	
	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΕΝΔΙΑΜΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΕΣΣΕΡΩΝ (4) ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΤΩΝ 20 ΑΤΟΜΩΝ ΕΚΑΣΤΟ ΠΟΥ ΘΑ ΥΛΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΗΝ ΓιΟΥΓΚΟΣΛΑΒΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	
	ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	

ΑΙΤΗΣΗ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

Για την υλοποίηση του έργου ToCULTER του Προγράμματος IPA Cross-Border Programme 'Greece-The Former Yugoslav Republic of Macedonia 2014-2020'

Παρακαλώ συμπληρώστε με ακρίβεια την παρακάτω φόρμα

ΕΠΩΝΥΜΟ					
ΟΝΟΜΑ					
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ					
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (αριθμητικώς):					
ΦΥΛΟ		ΑΡΡΕΝ <input type="checkbox"/>		ΘΗΛΥ <input type="checkbox"/>	
Α.Δ.Τ./ ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ					
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ		ΟΔΟΣ.		ΑΡ.. ΠΟΛΗ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ					
		ΟΙΚΙΑ		ΚΙΝΗΤΟ	
Email:					
2) Επαγγελματική εμπειρία σε δράσεις Ευρωπαϊκών προγραμμάτων		Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>	
Αν 'Ναι' παρακαλώ περιγράψτε: :					
A/A	Θέση	Εργοδότης	Διάρκεια (Από - μέχρι)	Διάρκεια σε μήνες	Αρ. Δικαιολογητικού
3) Εξειδικευμένη εμπειρία στο σχεδιασμό και την υλοποίηση αξιολόγησης εκπαιδευτικών δράσεων		Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>	
Αν 'Ναι' παρακαλώ περιγράψτε: :					
A/A	Θέση	Εργοδότης	Διάρκεια (Από - μέχρι)	Διάρκεια σε μήνες	Αρ. Δικαιολογητικού
4) Εξειδικευμένη εμπειρία στο σχεδιασμό και την υλοποίηση αξιολόγησης δράσεων ευρωπαϊκών προγραμμάτων		Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>	
Αν 'Ναι' παρακαλώ περιγράψτε: :					
A/A	Θέση	Εργοδότης	Διάρκεια (Από - μέχρι)	Διάρκεια σε μήνες	Αρ. Δικαιολογητικού

Τρέχουσα Επαγγελματική Κατάσταση	
Άνεργος☐	Δημόσιος Υπάλληλος☐
Ελεύθερος Επαγγελματίας☐	Ιδιωτικός Υπάλληλος☐

Προσόντα:	
Πτυχίο	
Πανεπιστήμιο - Τμήμα	
Ημ/νία απόκτησης πτυχίου	
Μεταπτυχιακός Τίτλος (σε συναφές αντικείμενο)	Ναι ☐ Όχι ☐
Τίτλος:	
Πανεπιστήμιο – Τίτλος	
Έτος Κτήσης	
Μεταπτυχιακός Τίτλος (σε συναφές αντικείμενο)	Ναι ☐ Όχι ☐
Τίτλος:	
Πανεπιστήμιο – Τίτλος	
Έτος Κτήσης	
Διδακτορικό (σε συναφές αντικείμενο)	Ναι ☐ Όχι ☐
Τίτλος:	
Πανεπιστήμιο – Τίτλος	
Έτος Κτήσης	
Γλώσσες	
Αγγλική Γλώσσα :	Ναι ☐ Όχι ☐
Τίτλος Πιστοποιητικού:	.....
Επίπεδο:	.....
Γλώσσα της πρώην Γιουγκοσλαβικής Δημοκρατίας της Μακεδονίας	Ναι ☐ Όχι ☐
Τίτλος Πιστοποιητικού:	.....
Επίπεδο:	.....
Μητρική Γλώσσα:	Ναι ☐ Όχι ☐
Ελληνική Γλώσσα	Ναι ☐ Όχι ☐
Τίτλος Πιστοποιητικού:	.....
Επίπεδο:	.....
Μητρική Γλώσσα:	Ναι ☐ Όχι ☐
Γνώσεις Η/Υ	
Τίτλος Πιστοποιητικού:	
Περιγραφή:	

Επισυνάπτονται τα ακόλουθα αριθμημένα δικαιολογητικά:

1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.
11.	12.
13.	14.
15.	16.
17.	18.
19.	20.
21.	22.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι τα στοιχεία της αίτησης μου είναι ακριβή και αληθή. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν. 1599/1986.

.....
Υπογραφή Υποψηφίου

.....
Ημερομηνία

ΑΙΤΗΣΗ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

(Στέλεχος Α)

Για την υλοποίηση του έργου ToCULTER του Προγράμματος IPA Cross-Border Programme 'Greece-The Former Yugoslav Republic of Macedonia 2014-2020'

Παρακαλώ συμπληρώστε με ακρίβεια την παρακάτω φόρμα

ΤΙΤΛΟΣ					
ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ					
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΔΡΑΣ					
ΠΟΛΗ / ΧΩΡΑ / Τ.Κ.					
ΤΗΛ.					
EMAIL					
ΕΠΩΝΥΜΟ					
ΟΝΟΜΑ					
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ					
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (αριθμητικώς):					
ΦΥΛΟ	ΑΡΡΕΝ <input type="checkbox"/>		ΘΗΛΥ <input type="checkbox"/>		
Α.Δ.Τ./ ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ					
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΟΔΟΣ.	ΑΡ..	ΠΟΛΗ		
ΤΗΛΕΦΩΝΟ					
	ΟΙΚΙΑ		ΚΙΝΗΤΟ		
Email:					
2) Επαγγελματική εμπειρία σε δράσεις Ευρωπαϊκών προγραμμάτων	Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>		
Αν 'Ναι' παρακαλώ περιγράψτε: :					
A/A	Θέση	Εργοδότης	Διάρκεια (Από - μέχρι)	Διάρκεια σε μήνες	Αρ. Δικαιολογητικού
3) Εξειδικευμένη εμπειρία στο σχεδιασμό και την υλοποίηση αξιολόγησης εκπαιδευτικών δράσεων	Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>		
Αν 'Ναι' παρακαλώ περιγράψτε: :					
A/A	Θέση	Εργοδότης	Διάρκεια (Από - μέχρι)	Διάρκεια σε μήνες	Αρ. Δικαιολογητικού

4) Εξειδικευμένη εμπειρία στο σχεδιασμό και την υλοποίηση αξιολόγησης δράσεων ευρωπαϊκών προγραμμάτων		Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>	
Αν 'Ναι' παρακαλώ περιγράψτε: :					
A/A	Θέση	Εργοδότης	Διάρκεια (Από - μέχρι)	Διάρκεια σε μήνες	Αρ. Δικαιολογητικού

Τρέχουσα Επαγγελματική Θέση - Περιγραφή

--

Προσόντα:

Πτυχίο	
Πανεπιστήμιο - Τμήμα	
Ημ/νία απόκτησης πτυχίου	
Μεταπτυχιακός Τίτλος (σε συναφές αντικείμενο)	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Τίτλος:	
Πανεπιστήμιο – Τίτλος	
Έτος Κτήσης	
Μεταπτυχιακός Τίτλος (σε συναφές αντικείμενο)	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Τίτλος:	
Πανεπιστήμιο – Τίτλος	
Έτος Κτήσης	
Διδακτορικό (σε συναφές αντικείμενο)	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Τίτλος:	
Πανεπιστήμιο – Τίτλος	
Έτος Κτήσης	

Γλώσσες

Αγγλική Γλώσσα :	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Τίτλος Πιστοποιητικού:	.....
Επίπεδο:	.....
Γλώσσα της πρώην Γιουγκοσλαβικής Δημοκρατίας της Μακεδονίας	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Τίτλος Πιστοποιητικού:	.....
Επίπεδο:	.....
Μητρική Γλώσσα:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Ελληνική Γλώσσα	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Τίτλος Πιστοποιητικού:	.....
Επίπεδο:	.....
Μητρική Γλώσσα:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Γνώσεις Η/Υ	
Τίτλος Πιστοποιητικού:	
Περιγραφή:	

Επισυνάπτονται τα ακόλουθα αριθμημένα δικαιολογητικά:

1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.
11.	12.
13.	14.
15.	16.
17.	18.
19.	20.
21.	22.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι τα στοιχεία της αίτησης μου είναι ακριβή και αληθή. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν. 1599/1986.

.....
Υπογραφή Υποψηφίου

.....
Ημερομηνία

ΑΙΤΗΣΗ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

(Στέλεχος Β)

Για την υλοποίηση του έργου ToCULTER του Προγράμματος IPA Cross-Border Programme 'Greece-The Former Yugoslav Republic of Macedonia 2014-2020'

Παρακαλώ συμπληρώστε με ακρίβεια την παρακάτω φόρμα

ΤΙΤΛΟΣ					
ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ					
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΔΡΑΣ					
ΠΟΛΗ / ΧΩΡΑ / Τ.Κ.					
ΤΗΛ.					
EMAIL					
ΕΠΩΝΥΜΟ					
ΟΝΟΜΑ					
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ					
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (αριθμητικώς):					
ΦΥΛΟ	ΑΡΡΕΝ <input type="checkbox"/>		ΘΗΛΥ <input type="checkbox"/>		
Α.Δ.Τ./ ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ					
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΟΔΟΣ.		ΑΡ..		ΠΟΛΗ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ					
	ΟΙΚΙΑ		ΚΙΝΗΤΟ		
Email:					
2) Επαγγελματική εμπειρία σε δράσεις Ευρωπαϊκών προγραμμάτων	Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>		
Αν 'Ναι' παρακαλώ περιγράψτε: :					
A/A	Θέση	Εργοδότης	Διάρκεια (Από - μέχρι)	Διάρκεια σε μήνες	Αρ. Δικαιολογητικού
3) Εξειδικευμένη εμπειρία στο σχεδιασμό και την υλοποίηση αξιολόγησης εκπαιδευτικών δράσεων	Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>		
Αν 'Ναι' παρακαλώ περιγράψτε: :					
A/A	Θέση	Εργοδότης	Διάρκεια (Από - μέχρι)	Διάρκεια σε μήνες	Αρ. Δικαιολογητικού

4) Εξειδικευμένη εμπειρία στο σχεδιασμό και την υλοποίηση αξιολόγησης δράσεων ευρωπαϊκών προγραμμάτων		Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>	
Αν 'Ναι' παρακαλώ περιγράψτε: :					
A/A	Θέση	Εργοδότης	Διάρκεια (Από - μέχρι)	Διάρκεια σε μήνες	Αρ. Δικαιολογητικού

Τρέχουσα Επαγγελματική Θέση – Περιγραφή

Προσόντα:	
Πτυχίο	
Πανεπιστήμιο - Τμήμα	
Ημ/νία απόκτησης πτυχίου	
Μεταπτυχιακός Τίτλος (σε συναφές αντικείμενο)	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Τίτλος:	
Πανεπιστήμιο – Τίτλος	
Έτος Κτήσης	
Μεταπτυχιακός Τίτλος (σε συναφές αντικείμενο)	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Τίτλος:	
Πανεπιστήμιο – Τίτλος	
Έτος Κτήσης	
Διδακτορικό (σε συναφές αντικείμενο)	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Τίτλος:	
Πανεπιστήμιο – Τίτλος	
Έτος Κτήσης	
Γλώσσες	
Αγγλική Γλώσσα :	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Τίτλος Πιστοποιητικού:	.....
Επίπεδο:	.....
Γλώσσα της πρώην Γιουγκοσλαβικής Δημοκρατίας της Μακεδονίας	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Τίτλος Πιστοποιητικού:	.....
Επίπεδο:	.....
Μητρική Γλώσσα:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Ελληνική Γλώσσα	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Τίτλος Πιστοποιητικού:	.....
Επίπεδο:	.....
Μητρική Γλώσσα:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Γνώσεις Η/Υ	
Τίτλος Πιστοποιητικού:	
Περιγραφή:	

Επισυνάπτονται τα ακόλουθα αριθμημένα δικαιολογητικά:

1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.
11.	12.
13.	14.
15.	16.
17.	18.
19.	20.
21.	22.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι τα στοιχεία της αίτησης μου είναι ακριβή και αληθή. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν. 1599/1986.

.....
Υπογραφή Υποψηφίου

.....
Ημερομηνία