# ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΑΝΕΡΓΩΝ ΣΕ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΕΥΡΥΤΕΡΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ,

**ΑΡΧΕΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ, ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΚΑΙ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ** | | | | | | | | | | | | |
| Επωνυμία υπηρεσίας/οργανισμού: ……………………………………………………………………………………………………………… | | | | Αρ. αίτησης: …………………………………… | | | Αρ. προγράμματος: …………………………… | | | Αρ. Μητρ. Εργ. Κοιν. Ασφ. (ΑΜΕ): ……………………………………………………………… | | |
| Τμήμα/ Υπηρεσία: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | Τηλέφωνο: ………………………………… | | Τηλεομοιότυπο (φαξ): ……………………………… |
| Ονοματεπώνυμο ανέργου: …………………………………………………………… | | Αρ. Δ. Ταυτ: …………… | | | | Αρ. αίτησης: ………………………… | | | Επάγγελμα τοποθέτησης: ……………………………………………………………. | | | |
| Καθοδηγητής: …………………………………………………………… | Θέση εργασίας Καθοδηγητή: ………………………………………………………………… | | | | | | | | | | Τόπος κατάρτισης:  ………………………….………………………………… | |
| Ημερομηνίες τοποθέτησης:  Έναρξη**\***: ……………………… Λήξη: ………………………… | Εβδομαδιαίο πενθήμερο ωράριο (*κατά κανόνα 8:00 π.μ - 1:00 μ.μ)* (*25 ώρες ανά εβδομάδα*)  Ημέρες: ………………………………………………………. | | | | | | | | | |
| **ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ** | | | | | | | | | | | | |
| **ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ/ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ** | | | **ΑΝΕΡΓΟΥ** | | | | | | | | | |
| Δηλώνω υπεύθυνα ότι:  Αναλαμβάνω την τοποθέτηση για επαγγελματική κατάρτιση και απόκτηση εργασιακής πείρας του ανέργου που δηλώνεται στο παρόν έντυπο, για τη συνολική διάρκεια των τεσσάρων μηνών (16 εβδομάδων) σύμφωνα με τους όρους της τοποθέτησης. | | | Δηλώνω υπεύθυνα ότι:   * Είμαι άνεργος και θα συμμετέχω στο πρόγραμμα, στην υπηρεσία/οργανισμό που δηλώνεται στο παρόν έντυπο, για τη συνολική διάρκεια των τεσσάρων μηνών (16 εβδομάδων) σύμφωνα με τους όρους της τοποθέτησης. * Αντιλαμβάνομαι ότι, η ΑνΑΔ διατηρεί το δικαίωμα να τερματίσει την τοποθέτηση, να μην καταβάλει επίδομα ή να ζητήσει επιστροφή του καταβληθέντος επιδόματος σε περίπτωση που διαπιστωθεί ότι η συμμετοχή μου βασίστηκε σε λανθασμένα ή μη αληθή στοιχεία. | | | | | | | | | |
| (α) Σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (ΓΚΠΔ) της ΕΕ και τον περί της Προστασίας των Φυσικών Προσώπων Έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών Νόμο του 2018 [Ν.125(Ι)/2018], τα προσωπικά δεδομένα τα οποία υποβάλλονται ή ενδέχεται να υποβληθούν σε σχέση με το παρόν έντυπο, συλλέγονται νόμιμα, δίκαια και με διαφανή τρόπο ούτως ώστε να επιτρέπεται η επεξεργασία της εκ μέρους της ΑνΑΔ. Επιπλέον, οι εργοδοτούμενοι/ στελέχη/μέλη/συνεργάτες της ή/και άνεργοι, των οποίων τα προσωπικά δεδομένα υποβάλλονται ή ενδέχεται να υποβληθούν σε σχέση με το παρόν έντυπο, ενημερώνονται για την Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων της ΑνΑΔ, της είναι αναρτημένη στην ιστοσελίδα της ΑνΑΔ, [www.anad.org.cy](http://www.anad.org.cy). | | | | | | | | | | | | |
| (β) Με πλήρη επίγνωση των συνεπειών του Ποινικού Κώδικα αναφορικά με τις ψευδείς παραστάσεις και γενικότερα της νομοθεσίας για ψευδείς παραστάσεις, όλες οι πληροφορίες που έχουν καταχωρισθεί στο έντυπο αυτό είναι ακριβείς και αληθείς. | | | | | | | | | | | | |
| (γ) Είμαστε ενήμεροι για τις πρόνοιες των περί Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Νόμων, τις πρόνοιες του Οδηγού Πολιτικής και Διαδικασιών του Ειδικού Σχεδίου Επαγγελματικής Κατάρτισης Ανέργων σε Οργανισμούς του Δημόσιου και Ευρύτερου Δημόσιου Τομέα, Αρχές Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Μη Κυβερνητικούς Οργανισμούς και Ιδρύματα Μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα, και ειδικότερα για την τήρηση των υποχρεώσεων μας καθ’ όλη τη διάρκεια της τετράμηνης τοποθέτησης καθώς και για τη δυνατότητα της ΑνΑΔ να τερματίσει την τοποθέτηση σε περίπτωση που διαπιστωθεί ότι δεν ισχύουν οι συνθήκες κάτω από τις οποίες δόθηκε η έγκριση έναρξής της ή δεν τηρούνται οι υποχρεώσεις μας. | | | | | | | | | | | | |
| Ονοματεπώνυμο εξουσιοδοτημένου  ατόμου υπηρεσίας/οργανισμού:  …………………………………………………………………… | Υπογραφή: ……………………………… | | | | Σφραγίδα  Υπηρεσίας/Οργανισμού | | | Υπογραφή  Ανέργου: …………………………………… | | | | |
| Ημερομηνία\*: …………………………… | | | | Ημερομηνία\*: ………………………………………… | | | | |

**\* Συμπληρώνεται την 1η ημέρα έναρξης του προγράμματος και αποστέλλεται στην ΑνΑΔ** στο τηλεομοιότυπο (**φαξ): 22390368**.

ΙΣΧΥΕΙ ΑΠΟ 20/10/2020