|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| HELLENIC TZILALIS NEW LOGO-color | | | | | **ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ** | | | |
| **ΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ Η ΑΙΤΗΣΗ** | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Α. Προσωπικά Στοιχεία** | | | | | | | | |
| Ονοματεπώνυμο Αιτητή: | | | | | Ημερομηνία Γέννησης: | | | |
| Αριθμός Ταυτότητας / Διαβατηρίου: | | | | | Υπηκοότητα: | | | |
| Διεύθυνση: | | Ενορία: | | | Πόλη: | | | T.K.: |
| Τηλέφωνο Οικίας: | | Κινητό  Τηλέφωνο: | | | Ηλεκτρονική  Διεύθυνση: | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Β. Εκπαίδευση (Μέση, Ανώτερη, Ανώτατη)** | | | | | | | | |
| Σχολείο / Πανεπιστήμιο | Χώρα Φοίτησης | Περίοδος Φοίτησης | | | Τίτλος Σπουδών | | | |
|  |  |  | | |  | | | |
|  |  |  | | |  | | | |
|  |  |  | | |  | | | |
|  |  |  | | |  | | | |
| **[** | | | | | | | | |
| **Γ. Επαγγελματικά Προσόντα** | | | | | | | | |
| Επαγγελματικοί Τίτλοι / Γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών / Άλλες εξειδικευμένες γνώσεις: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Δ. Γνώση Γλωσσών** | | | | | | | | |
| Σημειώστε το επίπεδο γνώσης (Μέτρια, Καλή, Πολύ Καλή, Άριστη, Μητρική) | | | | | | | | |
|  | Ελληνική | | Αγγλική | Γαλλική | | Γερμανική | | Άλλη |
| Ομιλία |  | |  |  | |  | |  |
| Ανάγνωση |  | |  |  | |  | |  |
| Γραφή |  | |  |  | |  | |  |
| **Ε. Συστάσεις** | | | | | | | | |
| Ονοματεπώνυμο | | Τίτλος | | | Εταιρεία | | | Τηλέφωνο |
|  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | |  |
| **ΣΤ. Ιστορικό Εργασίας (Με χρονολογική σειρά)** | | | | | | | | |
| Περίοδος (Από – Μέχρι) | Εργοδότης | Τηλέφωνο Εργοδότη | | | Τίτλος Εργασίας | | | Τελευταίος Μισθός |
|  |  |  | | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | |
| **Ζ. Επιπρόσθετες πληροφορίες** | | | | | | | | |
| Έχετε εκπληρώσει τις στρατιωτικές σας υποχρεώσεις (για άρρενες υποψηφίους): | | | | | | | ΝΑΙ / ΟΧΙ | |
| Έχετε τυχόν τραυματισμούς, ασθένειες, αλλεργίες, μόνιμη αναπηρία που μπορούν να επηρεάσουν δυσμενώς την εκτέλεση των καθηκόντων σας; Αν ΝΑΙ, επεξηγήστε πιο κάτω. | | | | | | | ΝΑΙ / ΟΧΙ | |
| **Η. Υπεύθυνη δήλωση** | | | | | | | | |
| Επιβεβαιώνω ότι τα όσα έχω δηλώσει πιο πάνω είναι αληθή. | | | | | | | | |
| Υπογραφή Αιτητή: | | | | | Ημερομηνία: | | | |