

**ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΘΕΣΗΣ ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ**

ΠΡΟΣ: Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
Κεντρική Υπηρεσία
Δ/νση Διοικ. & Οικ. Υπηρεσιών
Τμήμα Δ/σης Προσωπικού

ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ			
Επώνυμο:		Ημ/νία Γέννησης:	
Όνομα:		Κινητό τηλέφωνο:	
Πατρώνυμο:		Άλλο τηλέφωνο:	
ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (Οργανική θέση υπαλλήλου)			
Παράρτημα ΕΚΑΒ:		Τομέας:	
ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (σε περίπτωση που δεν υπηρετεί στην οργανική του θέση)			
Παράρτημα ΕΚΑΒ:		Τομέας:	
Άλλη υπηρεσία:			
ΠΕΡΙΟΧΗ ΜΕΤΑΘΕΣΗΣ			
Παράρτημα ΕΚΑΒ:		Τομέας:	
Παρακαλώ όπως,			

Σας δηλώνω τα παρακάτω στοιχεία, τα οποία σύμφωνα με το άρθρο 148 του ν. 4600/2019 (Α' 43) όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει, καθορίζουν τον αριθμό των μορίων και όταν μου ζητηθεί θα προσκομίσω τα απαραίτητα έγγραφα που τα αποδεικνύουν:

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗΣ			
Έτη* υπηρεσίας (κλεισμένα) στο ΕΚΑΒ από το ΦΕΚ διορισμού/μετάταξης:			
Έχω συνολικά πάνω από 15 έτη* υπηρεσίας σε επείγοντα, μονάδες ή μηχανές:		Ναι: <input type="checkbox"/>	Όχι: <input type="checkbox"/>
Άγαμος: <input type="checkbox"/>	Έγγαμος: <input type="checkbox"/>	σύμφωνο συμβίωσης: <input type="checkbox"/>	Σε χηρεία: <input type="checkbox"/>
Διαζευγμένος: <input type="checkbox"/>	Εν διαστάσει: <input type="checkbox"/>	Επιμέλεια ανήλικων τέκνων: <input type="checkbox"/>	
Αριθμός ανήλικων τέκνων:			
Αριθμός τέκνων που σπουδάζουν σε σχολή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης μέχρι 25 ετών:			
Εντοπιότητα στην περιοχή μετάθεσης ο υπάλληλος ή η σύζυγος (γεννημένος/η στην Περιφερειακή Ενότητα της περιοχής μετάθεσης ή δημότης τα πέντε (5) τελευταία έτη ή μόνιμη διαμονή τα δέκα (10) τελευταία έτη:		Ναι: <input type="checkbox"/>	Όχι: <input type="checkbox"/>
Συνυπηρέτηση συζύγου, ισχύει και για συζύγους εργαζομένους στον ιδιωτικό τομέα (τουλάχιστον 2 έτη στην περιοχή μετάθεσης):		Ναι: <input type="checkbox"/>	Όχι: <input type="checkbox"/>

*Αφαιρούνται άδειες άνευ αποδοχών, αδικαιολόγητες απουσίες, διαθεσιμότητα.

Υπάλληλοι που αιτούνται μετάθεση για λόγους υγείας (δυσίατο νόσημα), προσωπικούς ή μέλους της οικογένειάς τους (συζύγου ή τέκνου), να καταθέσουν αντίστοιχη γνωμάτευση που το αποδεικνύει. Εάν υπάρχει στον ατομικό τους φάκελο να το αναφέρουν.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ			
Αριθμός Μητρώου:		ΑΦΜ:	
ΑΜΚΑ:		Σχέση εργασίας:	
Κατηγορία/κλάδος:			
Παράρτημα ΕΚΑΒ Οργανικής Θέσης:		Τομέας:	
Παράρτημα ΕΚΑΒ που υπηρετεί:		Τομέας:	
Άλλη υπηρεσία:			

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ
ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ**

Με την υπογραφή της παρούσας δήλωσης, ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η απογραφόμενος-η/μόνιμος υπάλληλος, ΙΔΑΧ, δηλώνω με πλήρη επίγνωση, βασιζόμενος/η στην ελεύθερη και ανεμπόδιστη βούλησή μου, ότι συμφωνώ, συναινώ και παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων από την υπηρεσία του ΕΚΑΒ, υπό το πρίσμα, τις αρχές και τους χρονικούς περιορισμούς του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Κανονισμός ΕΕ 2016/679), για σκοπούς που άπτονται της υπαλληλικής μου σχέσης με τον ως άνω φορέα, καθώς επίσης και για σκοπούς αρχειοθέτησης προς το δημόσιο συμφέρον. Με τη παρούσα, δηλώνω ρητά ότι έχω ενημερωθεί για το δικαίωμα πρόσβασής μου στα πιο πάνω δεδομένα, καθώς και για τα δικαιώματα διόρθωσης, περιορισμού της επεξεργασίας, εναντίωσης, διαγραφής (δικαίωμα στη λήθη), φορητότητας των δεδομένων και ανάκλησης της συγκατάθεσής μου.

Ημερομηνία: /..... / 20.....

Ο Αιτών/ Η Αιτούσα

.....

(Υπογραφή)