**ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΜΟΡΦΩΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ**

**EOL / ECML**

|  |
| --- |
| **ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ** |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** |
| **ΟΝΟΜΑ:** |
| **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:** |
| **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:** |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:** |
| **ΟΔΟΣ:** | **ΑΡΙΘΜΟΣ:** |
| **ΤΑΧ. ΚΩΔ.:** | **ΠΟΛΗ:** |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:** | **ΚΙΝ.:** |
| **Δ/ΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ:** |
| **ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:** |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:** |
| **ΤΜΗΜΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:** |
| **ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ** |
| **ΙΔΙΟΤΗΤΑ:** |
| **ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:** |
| **ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ:** |
| **ΘΕΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:** |
| **ΕΔΡΑ** |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ:** |
| **ΠΟΛΗ:** |
| **ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ:** |
|  |
| **Επίπεδο Γλωσσομάθειας στην Αγγλική Γλώσσα:** **Β2 Γ1 Γ2** **Παρακαλούμε επισυνάψτε αντίστοιχο πιστοποιητικό γλωσσομάθειας, επιπέδου τουλάχιστον Β2.****\*Επισημαίνεται ότι η επιμορφωτική δράση θα διεξαχθεί κυρίως στην αγγλική γλώσσα και για την επιτυχή παρακολούθησή της απαιτείται ελάχιστο επίπεδο γλωσσομάθειας Β2.**  |
| **Παρακαλούμε να αναφέρετε εν συντομία την επαγγελματική/επιστημονική/ερευνητική εμπειρία σας σχετικά με τη θεματική ενότητα του εργαστηρίου EOL.** |
| **Παρακαλούμε να αναφέρετε εν συντομία τους λόγους για τους οποίους επιθυμείτε να συμμετάσχετε στην επιμορφωτική δράση και τους τρόπους με τους οποίους σκοπεύετε να την αξιοποιήσετε στο πλαίσιο των καθηκόντων σας.**  |
| **Ο/Η κάτωθι υπογράφων/-ουσα δεσμεύομαι ότι θα παρακολουθήσω εξ ολοκλήρου και ανελλιπώς την επιμορφωτική δράση EOL και ότι με τη σειρά μου θα επιμορφώσω αντίστοιχα με κάθε πρόσφορο τρόπο τους/τις εκπαιδευτικούς των σχολείων που ανήκουν στην περιοχή ευθύνης μου.** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ημερομηνία: ……/…../2024Ο/Η Αιτ…..(Υπογραφή) |