

ΔΗΜΟΣΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΦΥΣΙΚΟΥ ΑΕΡΙΟΥ (ΔΕΦΑ)



ΤΑΧ. ΘΥΡ. 25364, 1309 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΤΗΛ. + 357 22 761 761 ΦΑΞ. + 357 22 761 771

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: defa@eac.com.cy

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ: www.eac.com.cy/GR/LNG/Pages/LngGeneralInfo.aspx

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗ

Να συμπληρωθεί από τον ενδιαφερόμενο ιδιοχέρως και να επισυναφθούν όλα τα απαιτούμενα πιστοποιητικά.

Όλα τα έγγραφα που υποβάλλονται πρέπει να είναι στην Ελληνική ή στην Αγγλική γλώσσα ή σε οποιαδήποτε άλλη γλώσσα συνοδευόμενα από επίσημη πιστοποιημένη μετάφραση στην Ελληνική. Νοείται ότι η γνησιότητα των εγγράφων θα επιβεβαιωθεί πριν από την πρόσληψη οποιουδήποτε υποψηφίου ή την αποδοχή οποιασδήποτε προσφοράς.

Τονίζεται ότι σε περίπτωση που η Αίτηση για Πρόσληψη δεν είναι κατάλληλα συμπληρωμένη ή/και δεν έχουν επισυναφθεί τα απαιτούμενα έγγραφα και πιστοποιητικά, δεν θα λαμβάνεται υπόψη.

Πρόσφατη
Φωτογραφία
(απαραίτητη)

1. ΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ Η ΑΙΤΗΣΗ

	Αρ. Γνωστοποίησης
--	-------------------

2. ΠΛΗΡΕΣ ΟΝΟΜΑ

(Πρώτα το όνομα και μετά το Επίθετο με ΚΕΦΑΛΑΙΑ)	Υπηκοότητα
	Αρ. Ταυτότητας
Διεύθυνση	Αρ. Κοιν. Ασφαλ.
Ταχ. Κώδικας/Πόλη	Τηλέφωνο

3. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ημερομηνία Γεννήσεως (επισυνάψετε αντίγραφο πιστοποιητικού)	Όνομα Πατέρα
Τόπος Γεννήσεως	Όνομα Μητέρας
Έγγαμος/Άγαμος/Χήρος/Χήρα (Απαλείψετε ότι δεν εφαρμόζεται)	Παιδιά
Στρατιωτική θητεία Συμπληρωθείσα/Απαλλαγή (Απαλείψετε ότι δεν εφαρμόζεται) (Επισυνάψετε αντίγραφο πιστοποιητικού)	

4. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

(Α) ΟΝΟΜΑ ΣΧΟΛΗΣ ΜΕΣΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΣΧΟΛΗΣ/ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ (Επισυνάψετε αντίγραφα απολυτηρίων/Διπλωμάτων από όλες τις Σχολές που φοιτήσατε)	ΑΠΟ ΤΟ ΕΤΟΣ	ΜΕΧΡΙ ΤΟ ΕΤΟΣ
(Β) ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ (Επισυνάψετε αντίγραφα πιστοποιητικών)		

(Γ) ΓΛΩΣΣΕΣ (Δηλώστε: Ανεπαρκής, Μέτρια, Καλή, Πολύ Καλή)	ΑΝΑΓΝΩΣΗ	ΓΡΑΦΗ	ΟΜΙΛΙΑ
Ελληνικά			
Αγγλικά			
Άλλες Γλώσσες			
(Δ) ΑΔΕΙΑ ΟΔΗΓΟΥ	Αρ. Άδειας	Τύπος Οχημάτων	
(Να συμπληρωθεί μόνο από αιτητές για θέση της οποίας τα καθήκοντα απαιτούν οδήγηση μηχανοκίνητου οχήματος. Επισυνάψετε αντίγραφα της άδειας οδηγού για τα τρία τελευταία χρόνια)			

**5. ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΙ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΕΙΣ
(Επισυνάψετε αντίγραφα βεβαιώσεων)**

ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ	ΘΕΣΗ

6. ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Συμφωνείτε να ερωτηθεί για σας ο εργοδότης σας;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

Δηλώστε δύο πρόσωπα, που σας γνωρίζουν καλά, προς τα οποία η ΔΕΦΑ μπορεί να αποταθεί για πληροφορίες

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
1.	
2.	

7. ΔΗΛΩΣΕΙΣ

(α) Δηλώστε τυχόν φυσικό ελάττωμα, αναπηρία ή σοβαρή ασθένεια

(β) Δηλώστε τυχόν καταδίκη σας από Ποινικό Δικαστήριο ή Στρατοδικείο

(γ) Σε περίπτωση πρόσληψής σας δηλώστε πότε μπορείτε να αναλάβετε εργασία:

Αμέσως / Μετά από ένα μήνα (Απαλείψετε ότι δεν εφαρμόζεται)

Δηλώνω ότι κατέγραψα στο έντυπο αυτό όλα τα ζητούμενα στοιχεία και ότι εξ' όσων γνωρίζω, όλες οι πληροφορίες που δίδω είναι ορθές και το έντυπο έχει συμπληρωθεί από μένα. Αντιλαμβάνομαι ότι οποιαδήποτε σκόπιμη ανακρίβεια ή παράλειψη θα έχει ως αποτέλεσμα τον αποκλεισμό μου από τον κατάλογο των υποψηφίων ή την άμεση απόλυση μου αν εργοδοτηθώ.

Υπογραφή

Ημερομηνία
