**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1**

**ΑΙΤΗΣΗ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ :**  **ΟΝΟΜΑ:**  **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:**  **Α.Μ.Υ.:**  **ΚΛΑΔΟΣ:**  **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ:**  **ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΟΥ:**  **ΤΙΤΛΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ (ή και ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ):**  **ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ:**  **ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΠΟΣΠΑΣΗΣ** (εφόσον  ο υπάλληλος υπηρετεί με απόσπαση)**:**  **Π.Θ.Ε.:**  **ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ** (σταθερό ή κινητό) **:**  **ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΟ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΌ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ:** | **ΠΡΟΣ :**  **ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΑΡΧΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΣΟΔΩΝ**  **ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ & ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ**  **Δ/ΝΣΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ**  **ΤΜΗΜΑ B΄**  Σύμφωνα με την αρ. **………………………….** πρόσκληση, παρακαλώ όπως με μεταθέσετε σε μία από τις παρακάτω Υπηρεσίες.  (Επιλέξτε την/τις Υπηρεσίες , αναγράφοντας στη σχετική στήλη τη σειρά προτίμησης που επιθυμείτε).   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Α/Α** | **ΥΠΗΡΕΣΙΑ** | **ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ** | | **1** | **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ (Δ.Σ.Σ.)** |  | | **2** | **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΩΝ (ΔΙ.ΔΙ.Μ.Ε.)** |  | | **3** | **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΏΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΕΝΟΥ (Δ.Ο.Μ.Π.Φ.Κ.)** |  |   Ημερομηνία:  Ο/Η αιτ…… |

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2**

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Α. Εργασιακή εμπειρία** | **ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΣΕ ΜΗΝΕΣ** |
| 1. Συνολικός χρόνος πραγματικής άσκησης καθηκόντων θέσης εργασίας στην ΑΑΔΕ |  |
| 2. Συνολικός χρόνος δημόσιας προϋπηρεσίας που έχει αναγνωριστεί από την ΑΑΔΕ |  |
| 3. Συνολικός χρόνος πραγματικής άσκησης καθηκόντων θέσης εργασίας στην Υπηρεσία που ανήκει η οργανική θέση του υπαλλήλου, από την τελευταία σχετική υπηρεσιακή μεταβολή |  |
|  |  |
| **Β. Κοινωνικά κριτήρια** |  |
| **1. Οικογενειακά κριτήρια** |  |
| 1.1 Έγγαμος/η – σύμφωνο συμβίωσης, χωρίς προστατευόμενα τέκνα | ΝΑΙ/ΟΧΙ |
| 1.2. Υπάλληλος με ένα προστατευόμενο τέκνο | ΝΑΙ/ΟΧΙ |
| 1.3. Μονογονεϊκή οικογένεια με ένα προστατευόμενο τέκνο | ΝΑΙ/ΟΧΙ |
| 1.4. Αριθμός προστατευόμενων τέκνων |  |
| **2. Λόγοι υγείας** |  |
| 2.1 Πιστοποιημένη αναπηρία υπαλλήλου 50% - 67% **\*\*** | ΝΑΙ/ΟΧΙ |
| 2.2 Πιστοποιημένη αναπηρία συζύγου/συμβίου-ίας ή προστατευόμενου τέκνου 50% - 67% **\*\*** | ΝΑΙ/ΟΧΙ |
| 2.3 Δυσίατο νόσημα υπαλλήλου **\*\*\*** | ΝΑΙ/ΟΧΙ |
| 2.4 Δυσίατο νόσημα συζύγου/συμβίου-ίας ή προστατευόμενου τέκνου **\*\*\*** | ΝΑΙ/ΟΧΙ |
| *\* οι μήνες του χρόνου εργασιακής εμπειρίας, σύμφωνα με τα κριτήρια Α1, Α2 και Α3, θα στρογγυλοποιούνται προς τα άνω εφόσον κατά τον τελευταίο μήνα υπολογισμού έχουν συμπληρωθεί τουλάχιστον δεκαέξι ημέρες υπηρεσίας* | |
| *\*\* απαιτείται πιστοποίηση από το αρμόδιο Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας για τον καθορισμό του ποσοστού αναπηρίας* | |
| *\*\*\* απαιτείται ιατρική γνωμάτευση από δημόσιο Νοσοκομείο, ενώ σε περίπτωση που έχει αναγνωρισθεί ποσοστό αναπηρίας άνω του 50% και έως 67% λόγω του δυσίατου νοσήματος, θα μοριοδοτούνται μόνο τα κριτήρια Β2.1 και Β2.2* | |