**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* |