



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



**ΑΑΔΕ**

Ανεξάρτητη Αρχή  
Δημοσίων Εσόδων

**ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ  
ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ  
ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ  
ΤΜΗΜΑ Β' - ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ, ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ  
ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ  
ΑΝΑΓΚΩΝ**

Αθήνα, 05/11/2024

Αριθ. Πρωτ.: ΔΔΑΔ Β 1125455 ΕΞ 2024

Ταχ. Δ/ση : Πειραιώς 180  
Ταχ. Κώδικας : 17778 Ταύρος  
Τηλέφωνο : 2131410411  
Url : [www.aade.gr](http://www.aade.gr)

**ΠΡΟΣ : Αποδέκτες Πίνακα Διανομής**

**Θέμα: «Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για μετάθεση υπαλλήλων»**

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 8 της υπ' αρ. ΔΔΑΔ Β 1017632 ΕΞ2024/11-01-2024 (Β' 1181) απόφασης του Διοικητή της ΑΑΔΕ και στο πλαίσιο ενίσχυσης του Αυτοτελούς Τμήματος Νομικής Υποστήριξης του Κέντρου Φορολογίας Κεφαλαίου (ΚΕ.ΦΟ.Κ.) Αττικής με δύο (2) υπάλληλους, καλούνται οι ενδιαφερόμενοι υπάλληλοι, του κλάδου ΕΦΟΡΙΑΚΩΝ, κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ, που υπηρετούν στο Αυτοτελές Τμήμα Δικαστικού και Νομικής Υποστήριξης του Κέντρου Ελέγχου Φορολογουμένων Μεγάλου Πλούτου (Κ.Ε.ΦΟ.ΜΕ.Π.), με κατάταξη σε περίγραμμα θέσης εργασίας (Π.Θ.Ε) ειδικής βαρύτητας, να υποβάλουν αίτηση μετάθεσης (υπόδειγμα 1).

Οι αιτήσεις θα αποσταλούν αποκλειστικά και μόνο ηλεκτρονικά, μέσω e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση [k.giannakoroulos@aade.gr](mailto:k.giannakoroulos@aade.gr) έως **15/11/2024**, συνοδευόμενες από διαβιβαστικό της Υπηρεσίας στην οποία ανήκει η οργανική θέση του υπαλλήλου.

Η αίτηση μετάθεσης συνοδεύεται υποχρεωτικά από συμπληρωμένο πίνακα μοριοδότησης (υπόδειγμα 2), ο οποίος αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της αίτησης.

Του εγγράφου να λάβουν γνώση με ευθύνη των Προϊσταμένων όλοι οι υπάλληλοι.

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΗΣ  
ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗΣ ΑΡΧΗΣ  
ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΣΟΔΩΝ**

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΙΤΣΙΛΗΣ**

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ**

**ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΠΡΟΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑ**

ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΦΟΡΟΛΟΓΟΥΜΕΝΩΝ ΜΕΓΑΛΟΥ ΠΛΟΥΤΟΥ (Κ.Ε.ΦΟ.ΜΕ.Π.)

**ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΠΡΟΣ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ**

ΚΕΝΤΡΟ ΦΟΡΟΛΟΓΙΑΣ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ (ΚΕ.ΦΟ.Κ.) ΑΤΤΙΚΗΣ

**ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:**

1. ΓΡ. ΔΙΟΙΚΗΤΗ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗΣ ΑΡΧΗΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΣΟΔΩΝ
2. ΓΡ. ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ ΓΕΝ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ & ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ
3. ΓΡ. ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ ΓΕΝ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ
4. Δ/ΝΣΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ- ΤΜΗΜΑ Β΄

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1**

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ :**

**ΟΝΟΜΑ:**

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:**

**Α.Μ.Υ.:**

**ΚΛΑΔΟΣ:**

**ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ:**

**ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΟΥ:**

**ΤΙΤΛΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ (ή και ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ):**

**ΠΡΟΣ :**

**ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΑΡΧΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΣΟΔΩΝ**

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ &  
ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ**

**Δ/ΝΣΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ  
ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ**

**ΤΜΗΜΑ Β΄**

Σύμφωνα με την αρ. ....  
πρόσκληση, παρακαλώ όπως με μεταθέσετε  
στο **Κέντρο Φορολογίας Κεφαλαίου**  
**(ΚΕ.ΦΟ.Κ.) Αττικής.**

**ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ:**

**ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΠΟΣΠΑΣΗΣ (εφόσον  
ο υπάλληλος υπηρετεί με απόσπαση):**

**Π.Θ.Ε.:**

Ημερομηνία:

Ο/Η αιτ.....

**ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (σταθερό ή κινητό) :**

**ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:**

## ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2

### ΠΙΝΑΚΑΣ ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗΣ

A. Εργασιακή εμπειρία	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΣΕ ΜΗΝΕΣ
1. Συνολικός χρόνος πραγματικής άσκησης καθηκόντων θέσης εργασίας στην ΑΑΔΕ	
2. Συνολικός χρόνος δημόσιας προϋπηρεσίας που έχει αναγνωρισθεί 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	

  

B. Κοινωνικά κριτήρια	
<b>1. Οικογενειακά κριτήρια</b>	
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 (πλέον του ενός)	
<b>2. Λόγοι υγείας</b>	
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
<i>* 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</i>	
<i>** απαιτείται πιστοποίηση από το αρμόδιο Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας για τον καθορισμό του ποσοστού αναπηρίας</i>	
<i>*** 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</i>	