



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



**ΑΑΔΕ**

Ανεξάρτητη Αρχή  
Δημοσίων Εσόδων

**ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ  
ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ  
ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ  
ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ  
ΤΜΗΜΑ Β'**

Ταχ. Δ/νση : Πειραιώς 180  
Ταχ. Κώδικας : 17778 Τάυρος  
Τηλέφωνο : 2131410413  
Url : [www.aade.gr](http://www.aade.gr)

**ΠΡΟΣ : Ως Πίνακας Διανομής**

**Θέμα: «Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για απόσπαση υπαλλήλων στο Αυτοτελές Τμήμα Διοίκησης»**

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 8 της με αρ. πρωτ. ΔΔΑΔ Β 1017632 ΕΞ2024/11-01-2024 (Β' 1181) απόφασης του Διοικητή της ΑΑΔΕ, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με την αρ. πρωτ. ΔΔΑΔ Β 1140239 ΕΞ2024/06-12-2024 (Β' 6788) σχετική απόφαση και στο πλαίσιο ενίσχυσης του **Αυτοτελούς Τμήματος Διοίκησης** με 10 υπαλλήλους των κάτωθι κλάδων/κατηγοριών:

1. Εφοριακών/Δ.Ε.
2. Τελωνειακών/Δ.Ε.
3. Διοικητικού- Λογιστικού/Δ.Ε.
4. Πληροφορικής/Δ.Ε.

καλούνται οι ενδιαφερόμενοι υπάλληλοι της Ανεξάρτητης Αρχής Δημοσίων Εσόδων να αποστείλουν αίτηση απόσπασης (για ένα έτος) (συνημμένο υπόδειγμα 1), συνοδευόμενη από συμπληρωμένο πίνακα μοριοδότησης (συνημμένο υπόδειγμα 2), το αργότερο έως **11/7/2025, αποκλειστικά και μόνον μέσω email** στην ηλεκτρονική διεύθυνση **e.lentis@aade.gr**

Οι αιτήσεις θα αποσταλούν μέσω των Υπηρεσιών στις οποίες ανήκουν οι υπάλληλοι, συνοδευόμενες από διαβιβαστικό της Υπηρεσίας στην οποία ανήκει η οργανική θέση του υπαλλήλου.

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

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΗΣ  
ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗΣ ΑΡΧΗΣ  
ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΣΟΔΩΝ**

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΙΤΣΙΛΗΣ**

**ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ :** Όπως στο κείμενο

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ**

**ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΠΡΟΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑ**

Αποδέκτες Πινάκων Α΄ , Β΄ , Γ΄ , Δ΄ , Ε΄ , ΣΤ΄ , Ζ΄

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ**

1. ΓΡ. ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗΣ ΓΕΝ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ
2. ΓΡ. ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗΣ ΓΕΝ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ
3. ΓΡ. ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ ΓΕΝ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
4. ΓΡ. ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ ΓΕΝ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΑΣ
5. ΓΡ. ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ ΓΕΝ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ
6. ΓΡ. ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ ΓΕΝ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΤΕΛΩΝΕΙΩΝ & ΕΙΔΙΚΩΝ ΦΟΡΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ (Ε.Φ.Κ.)
7. ΓΡ. ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗΣ ΓΕΝ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΧΗΜΕΙΟΥ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ (Γ.Χ.Κ.)

**ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ**

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

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1**

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΠΡΟΣ :**

**ΕΠΩΝΥΜΟ :**

**ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΑΡΧΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΣΟΔΩΝ**

**ΟΝΟΜΑ:**

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

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:**

**Δ/ΝΣΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ**

**Α.Μ.Υ.:**

**ΤΜΗΜΑ Β'**

**ΚΛΑΔΟΣ:**

Σύμφωνα με την αρ. πρωτ. ....  
πρόσκληση, παρακαλώ όπως αποσπασθώ για ένα  
έτος στο Αυτοτελές Τμήμα Διοίκησης.

**ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ:**

**ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ:**

**ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΠΟΣΠΑΣΗΣ (εφόσον**

**ο υπάλληλος υπηρετεί με απόσπαση):**

**Ημερομηνία:**

**Ο/Η αιτ.....**

**Π.Θ.Ε.:**

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

**ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΟ email :**

## ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2

### ΠΙΝΑΚΑΣ ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗΣ

| A. Εργασιακή εμπειρία                                                                                                                                                   | ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ<br>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                                                                                                                                                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Οικογενειακά κριτήρια                                                                                                                                                                                                 |  |
| 1.1 Έγγαμος/η – σύμφωνο συμβίωσης, χωρίς προστατευόμενα τέκνα                                                                                                                                                            |  |
| 1.2. Υπάλληλος με ένα προστατευόμενο τέκνο                                                                                                                                                                               |  |
| 1.3. Μονογονεϊκή οικογένεια με ένα προστατευόμενο τέκνο                                                                                                                                                                  |  |
| 1.4. Αριθμός προστατευόμενων τέκνων (πλέον του ενός)                                                                                                                                                                     |  |
| 2. Λόγοι υγείας                                                                                                                                                                                                          |  |
| 2.1 Πιστοποιημένη αναπηρία υπαλλήλου 50% - 67% **                                                                                                                                                                        |  |
| 2.2 Πιστοποιημένη αναπηρία συζύγου/συμβίου-ίας ή προστατευόμενου τέκνου 50% - 67% **                                                                                                                                     |  |
| 2.3 Δυσίατο νόσημα υπαλλήλου ***                                                                                                                                                                                         |  |
| 2.4 Δυσίατο νόσημα συζύγου/συμβίου-ίας ή προστατευόμενου τέκνου ***                                                                                                                                                      |  |
| * 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 |  |

Ακριβές Αντίγραφο

Δ/ΝΣΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ (Δ.Δ.Α.Δ.)

ΚΑΡΔΑΜΗ ΑΓΑΘΗ