

**ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΝΕΡΓΩΝ ΑΤΟΜΩΝ
ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ
Ε.Π. «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού 2007-2013»**

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΟΔΟΣ: _____ **ΑΡΙΘΜΟΣ:** _____ **Τ.Κ.** _____

ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: _____

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ: _____

ΗΛΙΚΙΑ: _____

ΦΥΛΟ: Άνδρας Γυναίκα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΑΓΑΜΟΣ:

ΕΓΓΑΜΟΣ: ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ.....

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: (ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΑΝ ΕΙΣΤΕ ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ, ΛΥΚΕΙΟΥ Η΄ ΑΛΛΟ)

Απόφοιτος Γυμνασίου Απόφοιτος Λυκείου ΑΕΙ/ ΤΕΙ
Άλλο (παρακαλώ περιγράψτε)

ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ

Ναι Όχι

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

ΕΧΕΤΕ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ;

Ναι Όχι

ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΤΟΝ ΦΟΡΕΑ ΚΑΙ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΠΟΥ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΑΤΕ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΧΕΤΕ ΑΠΟΦΟΙΤΗΣΕΙ ΑΛΛΑ ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ ΣΕ ΦΑΣΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ, ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΦΟΡΕΑ.

ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΕΡΓΙΑ

1-6 μήνες 6-12 μήνες 12 – 24 μήνες περισσότερο από 24 μήνες

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΠΟΙΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΝ ΒΑΖΟΝΤΑΣ ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΤΟ 1-10.

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ	ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ	
	Να απασχοληθώ	Να συμμετέχω στην ίδρυση
Δημιουργικό studio προβολής και επικοινωνίας		
Κοινωνικός πολυχώρος		
Γραφείο Τεχνικής Υποστήριξης (house services)		
Στούντιο Ήχου και Εικόνας		
Παραγωγή Οργανικού Λιπάσματος		
Κατασκευή Παραδοσιακών Μουσικών οργάνων		
Συνεργείο κατασκευών		
Συνεργείο Καθαρισμού		
Επιχείρηση catering		
Επιχείρηση παραγωγής προϊόντων από αρωματικά φυτά		
ΑΛΛΟ (παρακαλώ περιγράψτε)		

Δηλώνω υπεύθυνα για την ορθότητα και την ακρίβεια των στοιχείων της αίτησης και στο βαθμό που επιλεγώ θα προσκομίσω εντός επτά (7) ημερολογιακών ημερών όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά, όπως αυτά προσδιορίζονται στην οικεία πρόσκληση.

Επικυρωμένο αντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας	<input type="radio"/>
Επικυρωμένο αντίγραφο κάρτας ανεργίας ειδικών κοινωνικών ομάδων	<input type="radio"/>
Αποδεικτικό απεξάρτησης / βεβαίωση ολοκλήρωσης θεραπευτικού προγράμματος ή ότι βρίσκεται στο στάδιο της Κοινωνικής Επανάταξης	<input type="radio"/>

Ημερομηνία/...../201.....

Ο/Η αιτών/αιτούσα

.....
(Ονοματεπώνυμο ολογράφως)