**Προκήρυξη θέσης φροντιστή/ριας στις Παιδικές Κατασκηνώσεις Πλατρών**

**«Πολύκαρπος Βλάχος»**

Είδος σύμβασης: **Συμβόλαιο αγοράς υπηρεσιών 2 μηνών (καταβολή κοινωνικών ασφαλίσεων ευθύνη του εργοδοτουμένου)**

Περίοδος απασχόλησης: **9η, 10η, 23η και 24η Ιουνίου, 30η Ιουνίου μέχρι 2η Σεπτεμβρίου 2018 (9 εβδομάδες)**

Ωράριο Εργασίας: **7:30 π.μ. – 20:00 μ.μ. (με διαλείμματα)**

Συνθήκες προαιρετικής διαμονής: **Δωμάτιο με 4 κρεβάτια (πάνω - κάτω), αποχωρητήριο, ντους & βεράντα**

Καθήκοντα: **Καθαριότητα χώρου & αποχωρητηρίων, προετοιμασία προγεύματος, μεσημεριανού & βραδινού**

Απολαβές συμβολαίου: **€2500 (για όλην την περίοδο)**

Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται από τα πιο κάτω έγγραφα:

1. Φωτοτυπία δελτίου ταυτότητας
2. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
3. Αντίγραφο ποινικού μητρώου
4. Ότι επιπλέον ενισχυτικό

Οι επιτυχόντες ενδιαφερόμενοι θα υποβληθούν σε αναλύσεις για χειριστές τροφίμων μία εβδομάδα πριν την εργοδότηση.

Οι αιτήσεις των ενδιαφερόμενων μαζί με τα παραπάνω έγγραφα να υποβληθούν το αργότερο μέχρι τις **30 Μαΐου** **2018** στη διεύθυνση της Ομοσπονδίας:

* Τ. Θ. 51513, 3506 Λεμεσός
* Φαξ.: 25352210
* Email: osgdel@cytanet.com.cy

Για περισσότερες πληροφορίες επικοινωνήστε με το γραφείο μας στο 25342241 ή στην ιστοσελίδα της Ομοσπονδίας [www.osgdel.com](http://www.osgdel.com)

Εκ του Διοικητικού Συμβουλίου

Πρόεδρος Γραμματέας

**Στοιχεία ενδιαφερόμενου:**

Πλήρες ονοματεπώνυμο:………………………………………………………………………………………………………

Αριθμός Ταυτότητας: …………………….…… Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων: ……………………………

Υπηκοότητα: ……………………………………… Επάγγελμα: ………………………………………………………….

Ημερ. Γέννησης: ………………………………….. Τόπος Γέννησης: .…………………………………………………

Διεύθυνση κατοικίας : ……………………………………………………….………………………………………………….

Κοινότητα/Επαρχία: ………………………………………..... Τ.T.: ………………………………………………………..

Σταθερό τηλέφωνο: …………………………………………... Κινητό: .…………………………………………………

Οικογενειακή κατάσταση : ……………………………………………………………………………………………………

Αριθμός Τέκνων: …………………………………..

Άδεια Οδήγησης : ΝΑΙ / ΟΧΙ Απόφοιτος Ξενοδοχειακής Σχολής: ΝΑΙ / ΟΧΙ

Κατάσταση Υγείας: …………………………………………………………………………………………………………….

Επίπεδο μόρφωσης: …………………………………………………………………..………………………………………

Προηγούμενη εμπειρία: .........................................................................................................

Δηλώνω ότι κατέγραψα στο παρόν έντυπο όλα τα στοιχεία που έχουν ζητηθεί, ότι οι πληροφορίες είναι ορθές, αληθείς και ότι το έντυπο συμπληρώθηκε από εμένα ιδιοχείρως. Αντιλαμβάνομαι ότι οποιαδήποτε σκόπιμη ανακρίβεια ή παράληψη δυνατόν έχει ως αποτέλεσμα τον αποκλεισμό μου ή την άμεση ανάκληση τυχόν εργοδότησής μου.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Υπογραφή ενδιαφερόμενου Ημερομηνία