

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΕΣΠΑ και ΠΔΕ

1. **Αναφορά ανάληψης** (παρέχεται από την υπηρεσία)
2. **Δήλωση τοποθέτησης** (παρέχεται από την υπηρεσία)
3. **Υπεύθυνη δήλωση** (δεν είμαι συνταξιούχος του δημοσίου τομέα ή άλλου ασφαλιστικού φορέα και ότι δεν ασκώ εμπορία κατ' επάγγελμα, παρέχεται από την υπηρεσία)
4. **Φωτοαντίγραφο πτυχίου** (σε περίπτωση ξενόγλωσσου πτυχίου και μετάφραση, ΔΟΑΤΑΠ και απολυτήριο ελληνικού Λυκείου.)
5. **Φωτοαντίγραφο μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος** (εάν υπάρχει. Σε περίπτωση ξενόγλωσσου μεταπτυχιακού και μετάφραση, ΔΟΑΤΑΠ και απολυτήριο ελληνικού Λυκείου.)
6. **Σεμινάριο 400 ωρών** (αν υπάρχει και μόνο σε περίπτωση πρόσληψης από τον πίνακα Ειδικής Αγωγής)
7. **Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης** (μόνο για έγγαμους ή/και με τέκνα. Σε περίπτωση τέκνου σπουδάζοντος (άνω των 18 ετών και κάτω των 25 ετών) ή υπηρετούντος τη στρατιωτική θητεία απαιτούνται και οι αντίστοιχες βεβαιώσεις φοίτησης ή υπηρετήσης.
8. **Πιστοποιητικό Στρατολογίας τύπου Α'** (για τους άντρες)
9. **Φωτοαντίγραφα προϋπηρεσίας για κάθε σχ. έτος:** ο/η εκπαιδευτικός συμπληρώνει τη σχετική αίτηση για αναγνώριση προϋπηρεσίας, σύμφωνα με τα φωτοαντίγραφα βεβαιώσεων προϋπηρεσίας που καταθέτει, για κάθε σχολ. έτος χωριστά από τις αντίστοιχες Διευθύνσεις (και όχι συγκεντρωτικά από το ΟΠΣΥΔ). Επισημαίνουμε ότι δεν θα προβαίνουμε στην αναγνώριση προϋπηρεσιών, χωρίς την απαιτούμενη βεβαίωση.
10. **Εκκαθαριστικό σημείωμα με τον ΑΦΜ ή φωτοαντίγραφο του ΑΦΜ**
11. **Φ/Α Α.Μ.Κ.Α**
12. **Φ/Α Α.Μ. ΙΚΑ**
13. **Φ/Α της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου της ΕΘΝΙΚΗΣ τράπεζας όπου θα αναγράφεται καθαρά το IBAN** με πρώτο δικαιούχο τον/την αναπληρωτή/τρια εκπαιδευτικό.
14. **Φωτοαντίγραφο δελτίο αστυνομικής ταυτότητας**
15. **Πρόσφατες ιατρικές γνωματεύσεις** (από παθολόγο και ψυχίατρο, ιδιώτη ή δημοσίου νοσοκομείου στις οποίες να πιστοποιείται η υγεία και η φυσική καταλληλότητα των υποψηφίων υπαλλήλων να ασκήσουν διδακτικά καθήκοντα. Αν δεν υπάρχει, θα πρέπει να προσκομιστεί **άμεσα**, από την ημερομηνία ανάληψης υπηρεσίας)
16. **Βεβαίωση ελέγχου γνησιότητας δικαιολογητικών** (εάν υπάρχει)
17. Σε περίπτωση που ο/η αναπληρωτής/τρια ανήκει σε **ΕΙΔΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ** (ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, μεσογειακή αναιμία, σκλήρυνση κατά πλάκας) προσκομίζει στην υπηρεσία και την σχετική **ιατρική γνωμάτευση** που την πιστοποιεί.

