|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ** | | | | |
| **ΤΙΤΛΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ: Κατάρτιση ιδρυματικών και κατ’ οίκον φροντιστών σε ηλικιωμένα άτομα & άτομα με αναπηρία** | | | | |
| **ΜΕΡΟΣ Α – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ**  ***(σημειώστε το Ονοματεπώνυμο σας όπως θέλετε να εγγραφεί στο πιστοποιητικό/βεβαίωση επιτυχίας)*** | | | | |
| ΤΙΤΛΟΣ: Κος / Κα | ΕΠΩΝΥΜΟ: | | | ΟΝΟΜΑ: |
| ΤΙΤΛΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ: | | | | |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ/ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: | | | | |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ1: | | | | ΚΙΝΗΤΡΑ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ: | | | |
| E-mail: | | | | |
| *Εάν στο πρόγραμμα συμμετάσχουν περισσότερα από 1 άτομα της ίδιας επιχείρησης/οργανισμού, παρακαλώ συμπληρώστε και το* ***Μέρος ΑΑ*** *που ακολουθεί στην επόμενη σελίδα.* | | | | |
| **ΜΕΡΟΣ Β – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ/ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ** | | | | |
| ΕΠΩΝΥΜΙΑ: | | | | |
| ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: | | | | |
| \*ΜΕΓΕΘΟΣ:  ΜΙΚΡΗ  ΜΕΣΑΙΑ  ΜΕΓΑΛΗ | | | ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΕΠΙΧ/ΟΡΓ: | |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ: | | ΦΑΞ: | | E-mail: |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: | | | | |
| **ΜΕΡΟΣ Γ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΛΗΡΩΜΗΣ** | | | | |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΩΝ: | | | | |
| ΤΟ ΤΙΜΟΛΟΓΙΟ ΝΑ ΕΚΔΟΘΕΙ  ΣΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ  Διεύθυνση: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ΣΤΗΝ/ΟΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ/ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ  Αριθμό μητρώου: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Αριθμό ΦΠΑ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Φορολογική ταυτότητα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

*1**Μέλος σε μητρώο (π.χ μητρώο Δικηγόρων ή ΚΕΒΕ ή ΕΤΕΚ κτλ.) \*Βάσει του σχετικού ορισμού της ΕΕ (2003/361/ΕΚ)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΜΕΡΟΣ ΑΑ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ**  ***(σημειώστε το Ονοματεπώνυμο σας όπως θέλετε να εγγραφεί στο πιστοποιητικό παρακολούθησης)*** | | |
| **ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑΣ 2** | | |
| ΤΙΤΛΟΣ: Κος / Κα | ΕΠΩΝΥΜΟ: | ΟΝΟΜΑ: |
| ΤΙΤΛΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ: | | |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ/ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: | | |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ1: | | ΚΙΝΗΤΡΑ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ: | |
| E-mail: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑΣ 3** | | |
| ΤΙΤΛΟΣ: Κος / Κα | ΕΠΩΝΥΜΟ: | ΟΝΟΜΑ: |
| ΤΙΤΛΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ: | | |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ/ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: | | |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ1: | | ΚΙΝΗΤΡΑ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ: | |
| E-mail: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑΣ 4** | | |
| ΤΙΤΛΟΣ: Κος / Κα | ΕΠΩΝΥΜΟ: | ΟΝΟΜΑ: |
| ΤΙΤΛΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ: | | |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ/ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: | | |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ1: | | ΚΙΝΗΤΡΑ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ: | |
| E-mail: | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΜΕΡΟΣ Δ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ** | | | |
| **ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ:** | 29/10, 05,12,19,26/11 & 03,10,17/12/19 | **ΚΟΣΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ:** | € 400.00 + 19% ΦΠΑ |
| **ΩΡΕΣ:** | 09.00.13.30 | **ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΔ:** (για τους δικαιούχους) | € 320.00 |
| **ΔΙΑΡΚΕΙΑ:** | 30 ώρες | **ΠΛΗΡΩΤΕΟ ΚΟΣΤΟΣ ΓΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ** (για τους δικαιούχους χορηγίας) | €156.00 (συμπ.ΦΠΑ) |
| **ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΣ:** | Δρ Σταύρος Πάρλαλης  Δρ Δημήτρης Χατζηχαραλάμπους | **ΚΟΣΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΓΙΑ ΑΝΕΡΓΟΥΣ:** (που πληρούν τα κριτήρια της ΑνΑΔ) | € 0.00 |
| **ΧΩΡΟΣ:** | Πανεπιστήμιο Frederick στη Λευκωσία | | |
| **ΜΕΡΟΣ Ε – ΠΛΗΡΩΜΗ** | | | |
| Η πληρωμή του κόστους συμμετοχής μπορεί να γίνει στα Ταμεία του Πανεπιστημίου Frederick (Λευκωσία και Λεμεσό) ή με απευθείας κατάθεση στον πιο κάτω λογαριασμό:  **Όνομα λογαριασμού:** FREDERICK UNIVERSITY  **Τράπεζα Κύπρου – Αρ. Λογαριασμού:** 0199-11-005509-00  **IBAN:** CY 8300 2001 9900 0000 1100 5509 00  **SWIFT BIC:** BCYPCY2N  Σε κάθε περίπτωση, οι πληρωμές να έχουν αναφορά το **ΕΚΕΚ- ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ -ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ** | | | |
| **ΜΕΡΟΣ ΣΤ – ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ** | | | |
| * Λόγω περιορισμένου αριθμού θέσεων θα τηρείται σειρά προτεραιότητας. * Σε περίπτωση ακύρωσης συμμετοχής μέχρι τις 20/10/2019, θα επιστρέφεται το ποσό στο άτομο/επιχείρηση με την παρακράτηση €50.00 ενώ σε περίπτωση ακύρωσης συμμετοχής μετά τις 20/10/2019 θα επιστρέφεται το ποσό στο άτομο/επιχείρηση με την παρακράτηση €100.00. * Οι Δικαιούχοι επιχορήγησης είναι εργοδοτούμενοι επιχειρήσεων/οργανισμών και άνεργοι νοουμένου ότι ικανοποιούν τις προϋποθέσεις που καθορίζονται από την ΑνΑΔ. Δεν καταβάλλεται ενίσχυση σε αυτοτελώς εργαζόμενα άτομα ή δημόσιους υπάλληλους. Οι δικαιούχοι πληρώνουν τη διαφορά του κόστους συμμετοχής από την επιχορήγηση της ΑνΑΔ. * Οι δικαιούχοι επιχορήγησης πρέπει να συμπληρώνουν και να αποστέλλουν τα έντυπα της ΑνΑΔ (που θα τους δοθούν από το Κέντρο) πριν την έναρξη του προγράμματος. * Για σκοπούς επιχορήγησης οι πληρωμές άνω των €500 ανά συμμετέχουσα επιχείρηση/συμμετέχοντα οργανισμό,   πρέπει να γίνονται μέσω τράπεζας (τραπεζική επιταγή ή έμβασμα ή πιστωτική/χρεωστική κάρτα επιχείρησης/ οργανισμού).   * Σε περίπτωση που δεν εξασφαλιστεί ικανοποιητικός αριθμός συμμετοχών, το πρόγραμμα κατάρτισης πιθανόν να ακυρωθεί. Σε αυτή την περίπτωση όσοι έχουν προπληρώσει την εγγραφή τους, θα αποζημιωθούν πλήρως. * Πιστοποιητικά παρακολούθησης ή/και βεβαιώσεις επιτυχίας σε εξετάσεις, θα δίνονται σε όσους έχουν παρακολουθήσει με επιτυχία το πρόγραμμα κατάρτισης/έχουν επιτύχει στις εξετάσεις και έχουν διευθετήσει τις οικονομικές τους υποχρεώσεις.   Όλα τα έντυπα να αποστέλλονται στο Εκπαιδευτικό-Εξεταστικό Κέντρο Frederick, ηλεκτρονικά, στο [ekek@frederick.ac.cy](mailto:ekek@frederick.ac.cy) ή στο Φαξ: 22349555. | | | |

**ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

* Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πιο πάνω πληροφορίες που έχω προσκομίσει και υποβάλει είναι αληθή και γνωρίζω ότι τυχόν ψευδής δήλωση μου θα έχει ως αποτέλεσμα την άμεση απόρριψη της αίτησης μου.
* Δηλώνω επίσης ότι θα παρακολουθήσω το πρόγραμμα εκπαίδευσης ανελλιπώς, εκτός από εξαιρετικές περιπτώσεις που μπορούν να δικαιολογήσουν την απουσία μου από το πρόγραμμα.
* Γνωρίζω επίσης ότι συγκεκριμένος αριθμός απουσιών μπορεί να προκαλέσει απώλεια του πιστοποιητικού παρακολούθησης.
* Αποδέχομαι τους όρους και τις προϋποθέσεις συμμετοχής στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα.
* Γνωρίζω ότι η Επιτροπή Αξιολόγησης των αιτήσεων διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει οποιεσδήποτε επιπρόσθετες πληροφορίες ή στοιχεία, εφόσον αυτό κριθεί απαραίτητο.

**…………………………………**

Όνομα αιτητή / αιτήτριας

**………………………………… …………………………………..**

Υπογραφή αιτητή / αιτήτριας Ημερομηνία