



Μ.Κ.Ο. «ΦΑΡΟΣ ΕΛΠΙΔΑΣ» Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία
Γραφεία: Φιλαδελφείας 2ΤΚ 10440 Αθήνα
Α.Φ.Μ. 999598491 – Δ.Ο.Υ. Α' Αθηνών
Τηλ.: 2155505717 – 210 7665336
url: www.faroselpidas.org email : info@faroselpidas.org

ΔΗΜΟΣ ΚΗΦΙΣΙΑΣ
Αριθ. Πρωτ. 43744
Ημερομ. 18/9/25

ΔΙΑΒΙΒΑΣΤΙΚΟ

Αρ. Πρωτ.: 441
Αθήνα: 18/09/2025

ΠΡΟΣ: Δήμο Κηφισιάς

Κύριοι

Σας διαβιβάζουμε την πρόσκληση για την πλήρωση των θέσεων του Φαρμακοποιού και του Κοινωνικού Λειτουργού που αφορά στην Πράξη «ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΔΟΜΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΒΑΣΙΚΩΝ ΑΓΑΘΩΝ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΑΝΤΟΠΩΛΕΙΟ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΚΗΦΙΣΙΑΣ» για την υλοποίηση του Υποέργου 2 «ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΔΗΜΟΥ ΚΗΦΙΣΙΑΣ» με κωδικό ΟΠΣ 6002636 και παρακαλούμε για την ανάρτηση της στην ιστοσελίδα του Δήμου σας μαζί με τα συνημμένα έγγραφα καθώς και στον πίνακα ανακοινώσεων στον Δήμο σας.

Για τον ΜΚΟ ΦΑΡΟΣ ΕΛΠΙΔΑΣ

ΜΚΟ ΦΑΡΟΣ ΕΛΠΙΔΑΣ
ΑΣΤΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΓΡΑΦΕΙΑ: ΦΙΛΑΔΕΛΦΕΙΑΣ 2 - Τ.Κ. 104 40
ΑΦΜ: 999598491 ΔΟΥ: Α' ΑΘΗΝΩΝ
ΤΗΛ: 215 5505717 - 6932 495551
email: info@faroselpidas.org

Απόστολος Φορλίδας

Πρόεδρος / Διαχειριστής



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



07/2025 ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ

Η «ΜΚΟ ΦΑΡΟΣ ΕΛΠΙΔΑΣ» ως Δικαιούχος της πράξης «ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΔΟΜΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΒΑΣΙΚΩΝ ΑΓΑΘΩΝ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΑΝΤΟΠΩΛΕΙΟ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ με κωδικό MIS 6002636

Ανακοινώνει

Την πρόσληψη, με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου, συνολικά **δύο (2) ατόμων για διάστημα έως 31/12/2025**.

Πιο συγκεκριμένα αφενός μεν για την υλοποίηση Υποέργου 2 «Κοινωνικό Φαρμακείο Δήμου Κηφισιάς » (Ανακοίνωση 07/2025), θα απασχοληθούν δύο (2) άτομα με ειδικότητα, ΠΕ Φαρμακοποιός με άδεια ασκήσεως επαγγέλματος και ΠΕ/ΤΕ Κοινωνικού λειτουργού με άδεια ασκήσεως επαγγέλματος. Ολόκληρη η ανακοίνωση, το παράρτημα αυτής καθώς και το έντυπο της Αίτησης-Υπεύθυνης Δήλωσης διατίθενται: α) στο δικτυακό τόπο του Φορέα μας (www.faroselpidas.org).

Αναλυτικές οδηγίες για τον τρόπο συμπλήρωσης των αιτήσεων συμμετοχής καθώς και επιπλέον διευκρινίσεις για απαιτούμενα προσόντα, βαθμολογούμενα κριτήρια και δικαιολογητικά που πρέπει να προσκομίσουν οι υποψήφιοι παρέχονται στο δικτυακό τόπο του Φορέα μας (www.faroselpidas.org) και στο τηλέφωνο 2155505717, ώρες για λήψη πληροφοριών 11:00 – 14:00.

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
για πρόσληψη με
ΣΥΜΒΑΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ
ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΟΥΜΕΝΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ
«ΔΟΜΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΒΑΣΙΚΩΝ ΑΓΑΘΩΝ
ΔΗΜΟΥ ΚΗΦΙΣΙΑΣ»
(άρθρα: 21 του Ν. 2190/1994 &
74 του Ν. 4430/2016)

Αριθ. ανακοίνωσης
[συμπληρώνεται
από τον υποψήφιο]

Αριθ. πρωτ/λου αίτησης
[συμπληρώνεται
από το φορέα πρόσληψης]

[για τη συμπλήρωση της αίτησης, ανατρέξτε στο Παράρτημα ανακοινώσεων Συμβάσεων εργασίας Ορισμένου Χρόνου στην ιστοσελίδα: www.faros-elpidas.gr]

Α. ΦΟΡΕΑΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ [συμπληρώστε με κεφαλαία γράμματα την επωνυμία του φορέα στον οποίο απευθύνετε την αίτηση]

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ [συμπληρώστε κατάλληλα (με κεφαλαία γράμματα, αριθμούς ή το σημείο X) τα ατομικά σας στοιχεία]		
1. Επώνυμο:	2. Όνομα:	3. Όν. πατέρα:
4. Όν. μητέρας:	5. Ημ/νία γέννησης: / /	6. Φύλο: Α ☐ Γ ☐
7. Α.Δ.Τ.:	8. ΑΜΚΑ:	9. Τόπος κατοικίας:
10. Οδός:	11. Αριθ.:	12. Τ.Κ.:
13. Τηλέφωνο (με κωδικό):	14. Κινητό:	15. e-mail:

Γ. ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ [για τις ειδικότητες όλων των κατηγοριών (ΠΕ ή ΤΕ ή ΔΕ ή ΥΕ) καταγράψτε την ονομασία του τίτλου σπουδών σας (στήλη α.)]	
α/α	α. ονομασία τίτλου
1.	
2.	

Δ. ΛΟΙΠΑ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ (τυπικά & τυχόν πρόσθετα) ΠΡΟΣΩΝΤΑ [συμπληρώστε μόνο εφόσον για την επιδιωκόμενη ή τις επιδιωκόμενες θέσεις απαιτούνται από την ανακοίνωση και άλλα προσόντα πέρα από τον τίτλο σπουδών (π.χ., άδεια άσκησης επαγγέλματος, γνώση ξένης γλώσσας, χειρισμός Η/Υ)]	
1.	3.
2.	4.

Ε. ΕΠΙΔΙΩΚΟΜΕΝΗ ΘΕΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ (δηλώστε ποιες από τις θέσεις απασχόλησης προσωπικού της ανακοίνωσης επιδιώκετε)

ΣΤ. ΛΟΙΠΑ ΒΑΘΜΟΛΟΓΟΥΜΕΝΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ [συμπληρώστε τα παρακάτω πέντε πεδία (α. έως και ε.) εφόσον αποδεικνύετε κάποιο ή κάποια από τα αντίστοιχα κριτήρια, τα οποία θα διαμορφώσουν τη συνολική σας βαθμολογία στον πίνακα κατάταξης. Περαιτέρω επεξηγήσεις για τα βαθμολογούμενα κριτήρια (π.χ. με πόσες μονάδες βαθμολογείται καθένα από αυτά) περιέχονται στο Παράρτημα]

α. Χρόνος ανεργίας	[αριθμ. μηνών]	
β. Ανήλικα ή ενήλικα προστατευόμενα κατά νόμο τέκνα	[αριθμ. τέκνων του υποψηφίου]	
γ. Άγαμος, διαζευγμένος ή εν χηρεία γονέας		
δ. Αναπηρία υποψηφίου από 50% και άνω		
ε. Εμπειρία	[αριθμ. μηνών]	

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΗΜΜΕΝΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ

[αριθμήστε σε εμφανές σημείο καθένα από τα συνυποβαλλόμενα δικαιολογητικά και τα υπόλοιπα έγγραφα που επισυνάπτετε για την υποστήριξη της υποψηφιότητάς σας και καταγράψτε τα εδώ, ακολουθώντας την ίδια σειρά αρίθμησης]

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

9.
10.
11.
12.

[συμπληρώνεται από το φορέα πρόσληψης]

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Η ακρίβεια των στοιχείων που αναφέρονται σε αυτή την αίτηση-δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις **κυρώσεις** που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρ. 22 του Ν. 1599/1986, δηλαδή: «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Επίσης εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλων περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών», **δηλώνω ότι:**

1. Όλα τα **στοιχεία** της αίτησής μου είναι **ακριβή και αληθή** και **κατέχω όλα τα απαιτούμενα προσόντα** για κάθε επιδιωκόμενη θέση, όπως αυτά αναφέρονται στην ανακοίνωση και αναγράφονται στην παρούσα αίτηση. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν. 1599/1986.
2. Τα συνημμένα δικαιολογητικά είναι πρωτότυπα ή αντίγραφα.

Ημερομηνία:

Ο/Η υποψήφι....

Ονοματεπώνυμο:

[υπογραφή]



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΥΠ' ΑΡΙΘ.

07/2025 ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ

Η «ΜΚΟ ΦΑΡΟΣ ΕΛΠΙΔΑΣ» ως Δικαιούχος της πράξης «ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΔΟΜΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΒΑΣΙΚΩΝ ΑΓΑΘΩΝ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΑΝΤΟΠΩΛΕΙΟ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ με κωδικό MIS 6002636

Ανακοινώνει

Την πρόσληψη, με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου, συνολικά **δύο (2) ατόμων για διάστημα έως 31/12/2025.**

Πιο συγκεκριμένα αφενός μεν για την υλοποίηση Υποέργου 2 «Κοινωνικό Φαρμακείο Δήμου Κηφισιάς » (Ανακοίνωση 07/2025), θα απασχοληθούν δύο (2) άτομα με ειδικότητα, ΠΕ Φαρμακοποιός με άδεια ασκήσεως επαγγέλματος και ΠΕ/ΤΕ Κοινωνικού λειτουργού με άδεια ασκήσεως επαγγέλματος. Ολόκληρη η ανακοίνωση, το παράρτημα αυτής καθώς και το έντυπο της Αίτησης-Υπεύθυνης Δήλωσης διατίθενται: α) στο δικτυακό τόπο του Φορέα μας (www.faroselpidas.org).

Αναλυτικές οδηγίες για τον τρόπο συμπλήρωσης των αιτήσεων συμμετοχής καθώς και επιπλέον διευκρινίσεις για απαιτούμενα προσόντα, βαθμολογούμενα κριτήρια και δικαιολογητικά που πρέπει να προσκομίσουν οι υποψήφιοι παρέχονται στο δικτυακό τόπο του Φορέα μας (www.faroselpidas.org) και στο τηλέφωνο 2155505717, ώρες για λήψη πληροφοριών 11:00 – 14:00.

