



Αίτηση Εργοδότησης

RV-F-02A

Έκδοση 1, Οκτώβριος 2025

Αναθεώρηση από:

Έγκριση από:
Διευθ. Σύμβουλο

Προσωπικά Στοιχεία:

Όνοματεπώνυμο:	
Έγγραφο Ταυτοποίησης:	☐ ID ☐ Διαβατήριο ☐ ARC
Αριθμός Εγγράφου:	
Έχετε το νομικό δικαίωμα να εργαστείτε στην Κύπρο;	☐ Ναι ☐ Όχι
Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων:	
Έχετε εργαστεί στο παρελθόν για την εταιρεία μας;	☐ Ναι ☐ Όχι
Έχετε συγγενικό πρόσωπο που δουλεύει για την εταιρεία μας;	☐ Ναι – Παρακαλώ ονομάστε το άτομο: _____ ☐ Όχι
Τηλέφωνο Επικοινωνίας:	
Ηλεκτρονική Διεύθυνση:	
Μόνιμη Διεύθυνση:	
Πόλη:	
Ταχυδρομικός Κώδικας:	
Χώρα:	
Φύλο:	
Ημερομηνία Γέννησης:	
Άδεια Οδήγησης:	☐ Ναι ☐ Όχι

	Αίτηση Εργοδότησης	RV-F-02A
Έκδοση 1, Οκτώβριος 2025	Αναθεώρηση από:	Έγκριση από: Διευθ. Σύμβουλο

Εκπαιδευτικό Υπόβαθρο:				
Ανώτατο Επίπεδο Εκπαίδευσης:				
Τίτλος Σπουδών/ Ειδικότητα: (εάν εφαρμόζεται)				
Πανεπιστήμιο/Σχολή: (εάν εφαρμόζεται)				
Γλώσσες Επικοινωνίας:				
Πρόσθετες Πιστοποιήσεις/ Εκπαίδευση:				
Επαγγελματική Εμπειρία: <i>Παρακαλώ ξεκινήστε από την πιο πρόσφατη</i>				
Περίοδος Απασχόλησης		Εταιρεία	Θέση Εργασίας	Αιτία Αποχώρησης
Από:	Μέχρι:			
Από:	Μέχρι:			
Από:	Μέχρι:			
Από:	Μέχρι:			
Αιτούμενη Θέση Εργασίας:				
Αναμενόμενος Μισθός:				
Είμαι διαθέσιμος/η για εργασία από:				
Τύπος Απασχόλησης:		☐ Πλήρης ☐ Μερική ☐ Εποχιακή ☐ Πρακτική Άσκηση		

	Αίτηση Εργοδότησης	RV-F-02A
Έκδοση 1, Οκτώβριος 2025	Αναθεώρηση από:	Έγκριση από: Διευθ. Σύμβουλο

Προσωπικές Συστάσεις: <i>Παρακαλώ αναφέρετε δύο επαγγελματικές συστάσεις</i>			
Όνοματεπώνυμο	Εταιρεία	Ηλεκτρονική Διεύθυνση / Τηλέφωνο	Σχέση

Υπεύθυνη Δήλωση:

Παρακαλώ δηλώστε προβλήματα υγείας, ασθένειας, τραυματισμούς ή άλλες καταστάσεις υγείας που σας περιορίζουν ή θέτουν σε κίνδυνο για την συγκεκριμένη θέση εργασίας για την οποία κάνατε αίτηση εργοδότησης:

Δήλωση Εμπιστευτικότητας:

Υποβάλλοντας αυτή την αίτηση, συναινώ στη συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων για σκοπούς πρόσληψης, σύμφωνα με τους σχετικούς νόμους και κανονισμούς περί προστασίας προσωπικών δεδομένων. Κατανοώ ότι οι πληροφορίες που παρέχονται σε αυτή τη φόρμα θα παραμείνουν εμπιστευτικές και δεν θα κοινοποιηθούν σε τρίτα μέρη, εκτός αν απαιτείται από τη νομοθεσία. Αναγνωρίζω επίσης ότι δεν είμαι υποχρεωμένος/η να παρέχω οποιαδήποτε πληροφορία δεν επιθυμώ να μοιραστώ. Επιπλέον, διατηρώ το δικαίωμά μου να αναιρέσω τη συγκατάθεσή μου και να ζητήσω τη διαγραφή των προσωπικών μου δεδομένων οποιαδήποτε στιγμή, επικοινωνώντας με την διεύθυνση:

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

Σας ευχαριστούμε θερμά για το ενδιαφέρον και τον χρόνο σας.

Η ομάδα μας θα επικοινωνήσει μαζί σας σύντομα σχετικά με την πορεία της αίτησής σας.