

**Επωνυμία Φορέα  
ΔΗΜΟΣ**

Ημερομηνία ..... / ..... / 2020

## **Β Ε Β Α Ι Ω Σ Η**

(για το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»)

Ο/Η .....  
(Ονοματεπώνυμο)

εκπαιδευτικής βαθμίδας/ειδικότητας ..... παρείχε υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας ή κατ' οίκον νοσηλείας ηλικιωμένων ανασφάλιστων, ΑμεΑ και οικονομικά αδυνάμων πολιτών, στο Δήμο ..... που είχε συμβληθεί με την ΕΕΤΑΑ Α.Ε. κατά τα έτη 2011 ή 2012 για την παροχή των υπηρεσιών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στη χωρική περιφέρεια του Δήμου ..... χωρίς διακοπή μέχρι την έναρξη ισχύος του άρθρου 91 του ν. 4583/2018, όπως ισχύει, **ήτοι έως 18/12/2018, από**

(Έναρξη) .....

**Σύνολο μηνών απασχόλησης:** .....

Η παρούσα βεβαίωση χορηγείται προκειμένου να χρησιμοποιηθεί στο ΑΣΕΠ για την προσμέτρηση των μονάδων του κριτηρίου της ειδικής εμπειρίας, σύμφωνα με το άρθρο 91 του ν. 4583/2018 (ΦΕΚ 212/Α/18-12-2018) όπως ισχύει στο πλαίσιο του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι».

**Υπογραφή**  
(Δήμαρχος)

Επισήμανση: Όσον αφορά τους δήμους που συστήθηκαν με το άρθρο 154 του ν.4600/2019, η ειδική προϋπηρεσία της παραγράφου 3 του άρθρου 91 θα βεβαιωθεί σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 155 παρ.8 του ν.4600/2019.