



**ΔΗΜΟΣ ΑΧΑΡΝΩΝ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ  
ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΥ**



Αχαρνές:  
Αριθ.Πρωτ.:

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ**

Ο/Η υπογεγραμμένος/-η .....  
γονέας / κηδεμόνας του/της μαθητή/-τριας:

Ονοματεπώνυμο μαθητή/-τριας: .....

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Επιθυμώ τη συμμετοχή του παιδιού μου στο πρόγραμμα επαγγελματικού προσανατολισμού, στο πλαίσιο σχετικής δράσης που υλοποιείται απ' το Τμήμα Παιδείας & Δια Βίου Μάθησης του Δήμου Αχαρνών. Έχω κατανοήσει ότι το πρόγραμμα περιλαμβάνει τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων επαγγελματικού προσανατολισμού μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή (Ariston Test), τα οποία βασίζονται σε επιστημονικές μεθόδους αξιολόγησης και στοχεύουν στην παροχή έγκυρων πληροφοριών για την επαγγελματική ανάπτυξη του παιδιού μου. Επιπλέον, παρέχω τη συγκατάθεσή μου για τη χρήση των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης αποκλειστικά για τον σκοπό της καθοδήγησης του μαθητή/της μαθήτριας, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις περί προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Πληροφορίες φοίτησης:

- Το παιδί μου φοιτά:

- ☐ Στην Α' Λυκείου

- ☐ Στη Γ' Γυμνασίου

- Ονομασία Σχολείου: .....

Email για αποστολή κωδικών πρόσβασης: .....

Email για αποστολή αποτελεσμάτων: .....

Τηλ. επικοινωνίας: .....

Ημερομηνία: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 202\_\_

Ονοματεπώνυμο Γονέα / Κηδεμόνα: .....

Υπογραφή: .....

Η φόρμα θα αποσταλεί ηλεκτρονικά στο κεντρικό πρωτόκολλο [info@acharnes.gr](mailto:info@acharnes.gr) έως την Παρασκευή 16/05/2025.

Για πληροφορίες μπορείτε να καλείτε καθημερινά στο τηλέφωνο 2132072470 του Τμήματος Παιδείας & Δια Βίου Μάθησης από 09:00 π.μ-15:00 μ.μ