|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ΔΗΜΟΣ ΑΧΑΡΝΩΝ****Δ/ΝΣΗ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ, ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ & ΝΕΑΣ ΓΕΝΙΑΣ****ΤΜΗΜΑ ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ****ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΥ****& ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΕΣΤ**  |  |

Αγαπητοί γονείς και κηδεμόνες,

Ως Δήμος, κατανοούμε την ανησυχία σας για το μέλλον των παιδιών σας και επιθυμούμε να τα στηρίξουμε στις εκπαιδευτικές και επαγγελματικές τους αποφάσεις. Για τον λόγο αυτό, υλοποιούμε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα επαγγελματικού προσανατολισμού, με στόχο να βοηθήσουμε τους μαθητές και τις μαθήτριες να γνωρίσουν τις ικανότητές τους, τις δεξιότητές τους και τις ιδιαίτερες κλίσεις τους. Το πρόγραμμα προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες για τα ταλέντα τους, τα επαγγέλματα που τους ταιριάζουν και τις επιλογές που ανταποκρίνονται στα προσόντα και στην προσωπικότητά τους, ώστε να χαράξουν μια επιτυχημένη ακαδημαϊκή και επαγγελματική πορεία.

Στο πλαίσιο του προγράμματος, οι μαθητές και οι μαθήτριες της Α’ Λυκείου του Δήμου Αχαρνών θα συμμετάσχουν στη διαδικασία του Ariston Test, μιας σειράς εξειδικευμένων ερωτηματολογίων που πραγματοποιούνται μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή. Η διαδικασία αυτή βοηθά τους νέους να κατανοήσουν τις κατάλληλες επαγγελματικές διαδρομές για το μέλλον τους.

Για τη συμμετοχή του παιδιού σας στο πρόγραμμα, παρακαλούμε να συμπληρώσετε και να υπογράψετε την παρακάτω φόρμα συναίνεσης.

**ΦΟΡΜΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ**

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ……………………………………….γονέας/κηδεμόνας του/της μαθητή/τριας ……………………………………………Α’ τάξης Λυκείου Αχαρνών email……………………………………… (για την χορήγηση test) και τηλ. επικοινωνίας………………………………. δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί πλήρως για το πρόγραμμα επαγγελματικού προσανατολισμού που εφαρμόζεται από τον Δήμο Αχαρνών και συναινώ στη συμμετοχή του παιδιού μου στη διαδικασία.

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.

Ημερομηνία: …….. / …….. / ……….

Ονοματεπώνυμο Γονέα/Κηδεμόνα: ……………………………………………….

Υπογραφή: …………………………………………………………………………..

**Το παρόν θα δοθεί στη Δ/νση του Σχολείου έως την Παρασκευή 28/03/2025**