

Για τα προγράμματα που επιθυμείτε να παρακολουθήσετε παρακαλούμε συμπληρώστε τα παρακάτω:

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΑ: _____

ΑΤΟΜΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: _____

Κωδικό προγράμματος – Τίτλος (1 ^η επιλογή)	
Κωδικό προγράμματος – Τίτλος (2 ^η επιλογή)	
Κωδικό προγράμματος – Τίτλος (3 ^η επιλογή)	
Αρ. καταρτιζομένων	
Όνοματεπώνυμο Καταρτιζομένων (1 ^η επιλογή)	
Όνοματεπώνυμο Καταρτιζομένων (2 ^η επιλογή)	
Όνοματεπώνυμο Καταρτιζομένων (3 ^η επιλογή)	
Μήνας παρακολούθησης	Σεπτέμβριος <input type="checkbox"/>
	Οκτώβριος <input type="checkbox"/>
	Νοέμβριος <input type="checkbox"/>

Επισυνάπτεται Δήλωση Συμμετοχής που πρέπει να συμπληρωθεί από όποιον/α επιθυμεί να παρακολουθήσει πρόγραμμα κατάρτισης και στην οποία αναφέρονται και τα επισυναπτόμενα έγγραφα.

Άτομα επικοινωνίας: Ρούλα Κρημνιανιώτη και Μαμελετζή Ευαγγελία.
Τηλ.: 2310 551610, 2310 551615, 23940 26211

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ονοματεπώνυμο Συμμετέχοντα:	
Διεύθυνση Κατοικίας:	T.K. :
Τηλέφωνο :	Fax :
A.Φ.Μ.:	Δ.Ο.Υ.:
e-mail :	
Εκπαιδευτικό επίπεδο:	Βασική <input type="checkbox"/> Δ/βάθμια <input type="checkbox"/> ΙΕΚ <input type="checkbox"/> ΤΕΙ <input type="checkbox"/> ΑΕΙ <input type="checkbox"/>
Εργασιακή σχέση:	Μισθωτός <input type="checkbox"/> Με σύμβαση <input type="checkbox"/> Επιχειρηματίας <input type="checkbox"/> Αυτόαπ/νος <input type="checkbox"/>
Φορέας Ασφάλισης:	

Ο συμμετέχων δηλώνει υπεύθυνα βάση του Ν. 1599/1986
ότι όλα τα στοιχεία είναι αληθή και ακριβή.

Μαζί με την αίτηση επισυνάπτονται:

Ο/ Η

Δηλ.....

1. Πρόσφατο Βιογραφικό Σημείωμα
2. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας
3. Βεβαίωση Επιχείρησης ότι εργάζονται (για τους εργαζόμενους)
4. Υπεύθυνη Δήλωση του Νόμου 1599/86 ότι: είμαι εργαζόμενος και δεν έχω παρακολουθήσει ίδιο αντικείμενο κατάρτισης του ίδιου έργου. (για τους εργαζόμενους)
5. Υπεύθυνη Δήλωση του Νόμου 1599/86 ότι δεν απασχολούν προσωπικό (για τους αυτοαπασχολούμενους)
6. Αντίγραφο του Εντύπου Ε7 του 2006 (για τους επιχειρηματίες)