

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΑΝΕΡΓΩΝ
“2η ΕΥΚΑΙΡΙΑ”

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Όνομα: Επώνυμο:

Όνομα Πατέρα: Όνομα Μητέρας:

Άνδρας Γυναίκα Ημερομηνία Γέννησης:.....Αριθμός Αστ. Ταυτότητας:.....

Χρόνος Ανεργίας: Πάνω από 12 μήνες Κάτω από 12 μήνες

Λαμβάνετε επίδομα ανεργίας: ΝΑΙ ΟΧΙ Εάν ναι, μέχρι πότε;.....

Έχετε παρακολουθήσει άλλα επιδοτούμενα σεμινάρια κατάρτισης από την Ευρωπαϊκή Ένωση; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ναι, πόσα;

Κλάδος Απασχόλησης: ΛΙΑΝΙΚΟ ΕΜΠΟΡΙΟ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΑ ΔΟΜΙΚΑ ΥΛΙΚΑ - ΚΑΤΑΣΚΕΥΕΣ

Διεύθυνση Κατοικίας:Τ.Κ.:

Πόλη: Περιφέρεια: Χώρα:

Τηλεφωνο:Κινητό Τηλέφωνο:

Προτιμώμενες ώρες τηλεφωνικής επικοινωνίας: E-mail:.....

Με την υποβολή της παρούσας αίτησης, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Πληρώ τις προϋποθέσεις συμμετοχής στο Πρόγραμμα “2η Ευκαιρία”, που διοργανώνει η Ελληνική Εταιρία Διοικήσεως Επιχειρήσεων
- Αποδέχομαι πλήρως τους όρους και τις προϋποθέσεις συμμετοχής στο Πρόγραμμα “2η Ευκαιρία”, όπως αναφέρονται στη σχετική πρόσκληση και στις ιστοσελίδες www.eede.gr και www.defteriefkairia-eede.gr

Όνομα / Επώνυμο

Υπογραφή

Ημερομηνία

.....

.....