

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΚΑΤΑΡΤΙΖΟΜΕΝΩΝ

(Παρακαλούμε να στείλετε συμπληρωμένη την αίτηση μέχρι 25/9./2016 στο e-mail: eyklidis@otenet.gr
ή στο fax: 2108210418)

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΡΤΙΖΟΜΕΝΟΥ			
(Συμπληρώνονται από τον υποψήφιο καταρτιζόμενο- Φωτοτυπήστε την παρούσα σελίδα για όσους εργαζόμενους συμμετάσχουν στο πρόγραμμα)			
ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑ:			
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:		ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	
ΦΥΛΟ:		ΑΜΑ:	
ΑΦΜ:		ΑΜΚΑ:	
ΑΔΤ ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:		ΚΙΝ. ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ, ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ, ΑΦΜ, ΔΟΥ ΕΤΑΙΡΙΑΣ			
ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (Ειδικότητα):			
ΕΠΟΧΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
ΝΕΟΣ ΚΑΤΑΡΤΙΖΟΜΕΝΟΣ*	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
<i>*Νέος καταρτιζόμενος θεωρείται ο εργαζόμενος ο οποίος καταρτίζεται για πρώτη φορά σε πρόγραμμα ΛΑΕΚ</i>			
2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΣΕ ΤΡΑΠΕΖΑ			
ΤΡΑΠΕΖΑ:			
ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓ/ΣΜΟΥ (IBAN):			
3. ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ			
<input type="checkbox"/> Φωτοτυπία ταυτότητας			
<input type="checkbox"/> Φωτοτυπία της σελίδας του βιβλιαρίου ασθενείας ΙΚΑ με τη θεώρηση για το 2016 (1/3/2016 έως 28/2/2017)			
<input type="checkbox"/> Φωτοτυπία σελίδας τραπεζικού λογαριασμού του εργαζόμενου, που να περιέχει το IBAN, και ο εργαζόμενος να εμφανίζεται σαν δικαιούχος			
<input type="checkbox"/> Φωτοτυπία Βεβαίωσης Απόδοσης ΑΦΜ ή Εκκαθαριστικού ΔΟΥ (για τη διασταύρωση του ΑΦΜ)			
Ημερομηνία		Υπογραφή Υποψηφίου	
____/____/2016		_____	



Πρόγραμμα Επαγγελματικής κατάρτισης ΛΑΕΚ υλοποιημένο από Φορείς Εκπροσώπησης
Εργοδοτών για εργαζόμενους σε Μικρές Επιχειρήσεις (1 - 25 άτομα) έτους 2016

ΕΔΡΑ: Λιοσίων 117, Αθήνα, Τ.Κ. 104 40, Τηλ.: 2108230100/ 2108233522, FAX: 2108210418 e-mail: eyklidis@otenet.gr
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: Αγ. Ιωάν. Θεολόγου 15, Περιστερί, Τηλ: 2105755099, fax: 2105746278, e-mail: eykliper@otenet.gr
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΡΕΒΕΖΑΣ: Πάροδος Δημ. Κρόκου, Πρέβεζα, Τ.Κ. 48100 Τηλ./ fax: 2682089821, e-mail: kekey@otenet.gr
Ιστοσελίδα: www.eyklidis.gr