Συμπληρώνεται από την υπηρεσία

 **Α/Α1:**

 **Προς το Δήμο Ήλιδας**

**ΟΝΟΜΑ:**

**ΕΠΙΘΕΤΟ:**

**ΚΛΑΔΟΣ:**

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ2:**

**ΜΟΝΙΜΟΣ/ΣΧΟΛΕΙΟ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ:**

**ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ:**

**ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ/ΩΡΟΜΙΣΘΙΟΣ-ΣΧΟΛΕΙΟ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ:**

**ΑΔΙΟΡΙΣΤΟΣ3:**

**ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**

**ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**

**Ε-MAIL:**

**ΗΜΕΡΕΣ Κ ΩΡΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΘΕΤΩ ΓΙΑ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ:**

**1.**

**2.**

**3.**

 **Αμαλιάδα,**

 **Ο/Η ΑΙΤ.**

 **Υπογραφή**

**1. Συμπληρώνεται από την υπηρεσία**

**2. Για τους εκπαιδευτικούς της Β/θμιας Εκπ/σης**

**3. Πρέπει να προσκομίσουν πτυχίο ή τίτλο σπουδών στην υπηρεσία**