

**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ**

Α/Α:

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ			
ΕΠΩΝΥΜΟ		ΟΝΟΜΑ	
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ		ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ			
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ		Τ.Κ.	
ΠΟΛΗ			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΦΑΞ	ΚΙΝΗΤΟ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
E-MAIL			
A.Δ.Τ.		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ	
A.Φ.Μ.		Δ.Ο.Υ.	
ΣΠΟΥΔΕΣ (Είστε Απόφοιτος/η;)			
ΑΡΘΜ. ΑΔΕΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ			

ΕΙΣΤΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ/Η;    ΝΑΙ                        ΟΧΙ   

Εάν εργάζεστε συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία:

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ:	
ΘΕΣΗ ΠΟΥ ΚΑΤΕΧΕΤΕ ΣΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ:	
ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ:	
ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:	

\* (ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ ΦΩΤΟΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ)

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:**.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ