

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:

Τηλέφωνο: 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

.....

.....