

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ****ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Προς τον φορέα επιμόρφωσης	CONSUL A.E.
----------------------------	-------------

Όνοματεπώνυμο	
Πατρώνυμο	
Μητρώνυμο	
Ημερομηνία γέννησης	
Τόπος γέννησης	
Αριθμός δελτίου ταυτότητας	
Αριθμός Μητρώου Ι.Κ.Α	
Αριθμός Α.Μ.Κ.Α.	
Α.Φ.Μ.	
Δ.Ο.Υ.	
Πόλη – Δήμος – Νομός Κατοικίας	
Οδός – Αριθμός – Τ.Κ. Κατοικίας	
Τηλέφωνο (σταθερό - κινητό)	
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	
Γνώση Ηλεκτρονικών υπολογιστών (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	
Επίπεδο Αγγλικών	