

ΠΡΟΣ:
το Διοικητικό Συμβούλιο
του Ε.Τ.Ε.Α.Π.Ε.Π. – Ν.Π.Ι.Δ.

Χρήστου Λαδά 1, Τ.Κ. 105 61, Αθήνα
Τ: 210 3319800 – 3221518
F: 210 3314512
E-mail: info@eteapep.gr

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΕΚΛΟΓΕΣ ΤΗΣ 8^{ης}/12/2018 ΓΙΑ ΤΟ Δ.Σ. ΤΟΥ ΕΤΕΑΠΕΠ – ΝΠΙΔ

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Όνομα Μητρός:

Α.Δ.Τ.:

Εργαζόμενος

Συνταξιούχος

Εταιρεία:

Θέση στην Εταιρεία:

Στοιχεία Εκπαίδευσης-Κατάρτισης

Εκπαιδευτικό επίπεδο:

Τίτλοι Σπουδών:

Προηγούμενη εμπειρία σε θέσεις
Διοικητικού/Οικονομικού:

Προηγούμενη εμπειρία σε ανάλογη θέση σε ταμείο
επαγγελματικής ασφάλισης:

Διεύθυνση Κατοικίας

Οδός:

Αριθ.:

Τ.Κ.:

Πόλη:

Στοιχεία Επικοινωνίας

Σταθερό:

Κινητό:

Fax:

E-mail:

Κύριοι,

Διά της παρούσης δηλώνω ότι επιθυμώ να συμμετάσχω ως υποψήφιος στις προκηρυχθείσες αρχαιρεσίες της 8^{ης} Δεκεμβρίου 2018 για την εκλογή του νέου Διοικητικού Συμβουλίου του Ταμείου. Συνυποβάλλω σχετικά υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986.

Ημερομηνία:/...../.....

Ο/η αιτών/ούσα

(ονοματεπώνυμο & υπογραφή)

ΑΡ.ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ:.....

[Συμπληρώνεται από το Ταμείο]