

Α Ι Τ Η Σ Η

Επώνυμο:.....

Όνομα:.....

Όνοματεπώνυμο Πατρός.....

Υπηκοότητα:.....

Ημερομηνία Γέννησης:.....

Χώρα Γέννησης :.....

Τόπος Γέννησης:.....
Δήμος ή Κοινότητα-Νομός

Α.Φ.Μ..... Δ.Ο.Υ.:.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ

Αριθμός..... Ημερ.:.....

Εκδούσα Αρχή:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Οδός:.....Αριθμός.....

Πόλη :..... Τ.Κ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

Οδός:.....Αριθμός.....

Πόλη :..... Τ.Κ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οδός:.....Αριθμός.....

Πόλη :..... Τ.Κ.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Τηλέφωνα:.....

Fax:.....

Email:.....

ΠΡΟΣ

Την Περιφερειακή Ενότητα Ηλείας
Δ/ση Δημοσίας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας
Τμήμα Περιβαλλοντικής Υγιεινής & Υγειονομικού
Ελέγχου

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ
ΕΚΔΙΔΟΜΕΝΟΥ ΕΠ' ΑΜΟΙΒΗ ΠΡΟΣΩΠΟΥ
προκειμένου να εξασκήσω το παραπάνω
επάγγελμα στην Π.Ε.**

Συνημμένα καταθέτω τα δικαιολογητικά :

Πύργος,.....

Ο/Η Αιτ.....