

# ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....

Α.Δ.Τ.:.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ :.....

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

.....

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

ΚΙΝΗΤΟ:.....

**Είμαι μέλος Ιατρικού Συλλόγου**

Ιατρικός Σύλλογος: .....

Αρ. Μητρώου Ιατρικού Συλλόγου:

.....

**ΠΡΟΣ:**

**Δ.Δ.Ε. ΤΡΙΚΑΛΩΝ**

**ΘΕΜΑ:**

«Αίτηση συμμετοχής στην Επιτροπή  
Υγειονομικής Εξέτασης ΤΕΦΑΑ  
2017»

Παρακαλώ να κάνετε δεκτή την  
αίτηση ενδιαφέροντος συμμετοχής  
μου για τη στελέχωση της  
Επιτροπής Υγειονομικής Εξέτασης &  
Πρακτικής δοκιμασίας Υποψηφίων  
ΤΕΦΑΑ έτους 2017, μετά από  
πρόσκληση της Δ.Δ.Ε. Τρικάλων.

Ο Αιτών/ουσα

.....

(Υπογραφή)

....., ...../...../2017  
(Τόπος, Ημερομηνία)