ΑΠΟΛΟΓΙΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ:……

ΟΝΟΜΑ:……

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ-ΚΛΑΔΟΣ: ……

……

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:……

ΤΗΛ.ΚΙΝ:……..

E-mail:……

Αθήνα , …. / …. / 20….

ΠΡΟΣ:

Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
Κεντρική Υπηρεσία

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Ο/Η Υπάλληλος

……

(Υπογραφή)