***ΚΕΝΤΡΟ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ***

 ***Ηρώων Πολυτεχνείου 22, 43132 Καρδίτσα, τηλ:2441071594,2441077122, fax:2441075141, e-mail: info@wck.gr***

**Προς**

**ΚΕΝΤΡΟ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ**

**Ημερομηνία:**

**Αριθμός Πρωτοκόλλου:**

Στο πλαίσιο της ανακοίνωσης του Κέντρου Γυναικών Καρδίτσας με αριθμό πρωτοκόλλου 218/1-12-21, για τη συνεργασία με Παιδίατρο

Σας υποβάλλω την αίτηση μου, προκειμένου να με συμπεριλάβετε στους/στις υποψήφιους/ες:

**Προσωπικά στοιχεία:**

Επώνυμο: ………………………………………………................................................. Όνομα: …………………………………………….........................................................

Πατρώνυμο: ........................................... Μητρώνυμο: ………………………………...

Α.Δ.Τ. : …………………………………………………………………………………

Διεύθυνση κατοικίας:.......................................................................................................

Πόλη/ ΤΚ: ………………………………………...........................................................

Τηλέφωνο επικοινωνίας: ……………………….............................................................

E-mail: ………………………………………………………………………………….

Δηλώνω ότι έχω διαβάσει και συμφωνώ με το περιεχόμενο της ανακοίνωσης, ότι διαθέτω τα απαιτούμενα προσόντα, θα υποβάλλω δε τα αποδεικτικά αυτών στο φορέα όταν ζητηθούν.

**Ο/Η Αιτών/ Αιτούσα**