**Α Ι Τ Η Σ Η**

Επώνυμο: …………………………………………………….

Όνομα:………………………………………………………….

Όνομα πατέρα:……………………………………………..

Ιδιότητα:……………………………………………………….

Φορέας Διαπίστευσης:………………………………….

Δ/νση κατοικίας:…………………………………………..

Δ/νση εργασίας:…………………………………………..

Τηλέφωνο/Fax:…………………………………………….

Αρ. Κινητού:…………………………………………………

Email: ………………………………………………………….

Α.Φ.Μ. …………………………………………………..…...

Δ.Ο.Υ. : ………………………………………..……………...

Ημερομηνία : ……… /……… /2021

**ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

Αρ. Πρωτ: …………………………………………….

Ημερομ. Παραλαβής: ………………………….

Προς το

Κέντρο Διαμεσολάβησης Πειραιώς

Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στην εκπαίδευση **« συμπληρωματική εκπαίδευση στην οικογενειακής διαμεσολάβησης»** του Κέντρου σας ( διάρκειας 5 ωρών ) στις ημερομηνίες …. & …. ……………… 2021.

Συνυποβάλλω τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για τη συμμετοχή μου στο πρόγραμμα.

Με τιμή,

….. Αιτ……..

**Συνημμένα:**

1. Αντίγραφο πιστοποιητικού – βεβαίωσης παρακολούθησης .
2. Αντίγραφο καταθετηρίου τραπέζης για την καταβολή των διδάκτρων.

*ΤΡΑΠΕΖΑ ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΕΣΗ:*

*EUROBANK ERGASIAS A.E*

*για το ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ*

*Aρ. Λογαριασμού :****0026.0050.38.0200751561***

*IBAN :* ***GR7002600500000380200751561***