

## ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

### CSWIP3.1 Welding Inspector (Level 2) CYPRUS

Ώρες μαθημάτων 09:00-17:00, Δευτέρα έως Παρασκευή

#### ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Επώνυμο: ..... Όνομα: .....

Διεύθυνση: ..... Πόλη: .....

T.K.: ..... Τηλ. οικίας: .....

Κινητό τηλ: ..... Fax: .....

E - mail: ..... Ημ/νια γέννησης: .....

#### ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Εκπαιδευτικό Ίδρυμα / Σχολή: .....

Ειδικότητα: .....

....., .... /.... / 201..

.....

(Υπογραφή )