|  |
| --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η** |
| **ΠΡΟΣ:** Δ.Δ.Ε. Κυκλάδων Λιβάδια, ΜάνναΤ.Κ.: 841 00Τηλ. 22810-87994e-mail: mail@dide.kyk.sch.gr |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ** | **ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ:****Χορήγηση ισοτιμίας τίτλου σπουδών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Γενικής Παιδείας** |
|

|  |
| --- |
| Επώνυμο: Όνομα: |
| Επώνυμο πατέρα: Όνομα πατέρα: |
| Επώνυμο μητέρας: Όνομα μητέρας: |
| Χώρα γέννησης: |
| Ημερομηνία γέννησης: |
| Αριθμός ταυτότητας ή αριθμός διαβατηρίου: Χώρα έκδοσης: |
|  |
| Διεύθυνση αλληλογραφίας:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ταχυδρομικός κώδικας: |
| Τηλέφωνο: Κινητό: |
| Ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 | Παρακαλώ να μου χορηγηθεί ισοτιμία του τίτλου σπουδών με βάση τα δικαιολογητικά που προσκομίζω, τα οποία έχουν εκδοθεί στην χώρα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Ο αιτών/ η αιτούσα****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |