|  |  |
| --- | --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η** | |
| **ΠΡΟΣ:**  Δ.Δ.Ε. Κυκλάδων  Λιβάδια, Μάννα  Τ.Κ.: 841 00  Τηλ. 22810-87994  e-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**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |