

Α Ι Τ Η Σ Η

ΠΡΟΣ

Σύνδεσμο Κοινωνικής Προστασίας & Αλληλεγγύης Δήμων Μυτιλήνης & Δυτικής Λέσβου

ΕΠΩΝΥΜΟ.....
ΟΝΟΜΑ.....
ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.....
ΠΕΡΙΟΧΗ.....
ΟΔΟΣ.....
Τ.Κ.....
ΑΡ.ΔΕΛΤ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ.....
Α.Φ.Μ.....
ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....

Με την παρούσα αίτηση σας υποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά κατόπιν της υπ' αριθ. 2366/04-11-2024 ανακοίνωσης για την πρόσληψη με σύμβαση μίσθωσης έργου, ενός (1) ατόμου ειδικότητας ΠΕ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ, στα πλαίσια υλοποίησης του για την υλοποίηση της Πράξης: «ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΔΟΜΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΒΑΣΙΚΩΝ ΑΓΑΘΩΝ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΑΝΤΟΠΩΛΕΙΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΔΗΜΟΥ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ του Υποέργου (Α/Α 1) «ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ» του Συνδέσμου «Κ.Π.&Α.Δ.Μ.&Δ.Λ.» και παρακαλώ για τις απαιτούμενες ενέργειές σας.

Ημερομηνία/...../20.....

Ο/Η Αιτ.....

Συνημμένα:

(αναγράφονται τα απαιτούμενα δικαιολογητικά βάσει της πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος του Δήμου)

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.