|  |  |
| --- | --- |
| ΑΙΤΗΣΗ  ΤΟΥ/ΤΗΣ  ΕΠΩΝΥΜΟ:……………………………………….  ΟΝΟΜΑ:…………………………………………..  ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:…………………………………..  ΚΛΑΔΟΣ:…………………………………………..  ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:……………………………………..  ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:  …………………………………………………… | ΠΡΟΣ Δ.Δ.Ε. ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ    Σας υποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για την αναγνώριση της συνάφειας του μεταπτυχιακού /διδακτορικού τίτλου σπουδών μου με το αντικείμενο απασχόλησής μου και παρακαλώ για την αναγνώρισή της για μισθολογική εξέλιξη. |
| Συνημμένα καταθέτω τα ακόλουθα:  Ο/Η ΔΗΛ……… | |