

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

**ΔΩΡΕΑΝ ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΣΕ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Επώνυμο** |  |
| **Όνομα** |  |
| **Διεύθυνση κατοικίας** |  |
| **Τηλ. επικοινωνίας** |  |
| **Ημερομηνία γέννησης** |  |
| **Email** |  |
| **Τμήμα που επιθυμώ να συμμετέχω** | **16:30 – 17:30****17:30 – 18:30****18:30 – 19:30****19:30 – 20:30** |

Με την παρούσα δηλώνω ότι επιθυμώ να παρακολουθήσω τα δωρεάν μαθήματα Η/Υ σε βασικές αρχές πληροφορικήςκαθώς και ότι παρέχω τα αναγραφόμενα στην αίτηση προσωπικά μου στοιχεία, αποκλειστικά για τους σκοπούς συμμετοχής μου στο ανωτέρω πρόγραμμα.

**Ημερομηνία Υπογραφή**

**…………………………………………………… …………………………………………………….**

**Σημειώσεις:**

* Η αίτηση μπορεί να σταλεί ηλεκτρονικά στη διεύθυνση: info@dpapxol.gov.gr
* Πληροφορίες στα τηλ.: 213 2002831-893 - Γραφείο Παιδείας
* Θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας
* H έναρξη των μαθημάτων θα γίνει αφού συμπληρωθεί ο απαιτούμενος αριθμός συμμετοχών σε κάθε τμήμα.