

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ (αναφέρατε διάστημα απασχόλησης -με ασφαλιστική κάλυψη σε κύρια ασφαλ. ταμεία-, επωνυμία εργοδότη, ειδικότητα / αντικείμενο / τίτλο θέσης)*

A/A	ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΟΥΣΑ

(υπογραφή)

Ημερομηνία __/__/__

-