**ΑΙΤΗΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**Συμπληρώστε και στείλτε την Αίτηση Εργασίας σας**

* Με το ταχυδρομείο στην διεύθυνση:

**ΦΡΟΥΜΕΝΤΑ Α.Ε.Β.Ε.**

Βας. Ολγας 76, Τ.Κ. 54643, Θεσσαλονίκη,

* **Τηλεφωνήστε** μας στο Τηλέφωνο : 2310 776611,
* Στείλτε μας **Fax** : 2310 776640
* Στείλτε μας **Εμαιλ** : central@frumenta.com.gr
* Φέρτε την στο **εργοστάσιο**: 16ο Χλμ. Παλαιάς Εθνικής Οδού

Γιαννιτσών-Εδέσσης, Καλλίπολη, Σκύδρα.

ΕΠΩΝΥΜΟ ………………………………………………………………………

ΟΝΟΜΑ ……………………………………………………………………...

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ ……………………………………………………………………...

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ ……………………………………………………………………...

ΑΔΤ ……………………………………………………………………...

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ……………………………………………………………………...

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ……………………………………………………………………...

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ ……………………………………………………………………...

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ………………………………………………………………………

ΠΟΛΗ ……………………………………………………………………...

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ……………………………… / ………………………………….

Α.Φ.Μ. ………………………………………………………………………

Α.Μ.Κ.Α. ……………………………………………………………………...

Α.Μ.Ι.Κ.Α. ……………………………………………………………………...

ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ ……………………………………………………………………...

ΛΟΓ/ΣΜΟΣ ΤΡΑΠΕΖ ΙΒΑΝ ……………………………………………………………………...

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΩ ΤΑ ΕΞΗΣ:

1. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ/ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ
2. ΑΔΕΙΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ
3. ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΑΦΜ
4. ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΑΜΚΑ/ AM IKA
5. ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΙΣΧΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΤΗ ΤΟΥ ΟΓΑ (Για όσους είναι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ)
6. ΤΡΑΠΕΖΙΚΟ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΙΒΑΝ
7. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

 Ο/Η ΑΙΤΏΝ/ΟΎΣΑ

 …………………………………………..

 (Υπογραφή)