**ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΠΡΟΣΩΠΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΕΧ ΣΤΟ ΣΥΑΕ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ονοματεπώνυμο** |  |
| **Ιδιότητα** |  |
| **Έτος κτήσεως πτυχίου** |  |
| **Αρ. Μητρώου** |  |
| **Εταιρεία – φορέας** |  |
| **Διεύθυνση κατοικίας** |  |
| **Τηλέφωνο εργασίας** |  |
| **Fax εργασίας** |  |
| **Τηλέφωνο οικίας** |  |
| **Κινητό τηλέφωνο** |  |
| **e-mail** |  |
| **Επιστημονικά Τμήματα της ΕΕΧ στα οποία είμαι μέλος** | **1. τμήμα………………………………..****2. τμήμα………………………………..** |
| **Συμμετοχή σε δραστηριότητες της ΕΕΧ** |  |
| **Εκπροσώπηση της ΕΕΧ σε άλλους φορείς**  |  |

**Σας δηλώνω ότι επιθυμώ να εκπροσωπήσω εθελοντικά την ΕΕΧ στο Συμβούλιο για την Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία (ΣΥΑΕ) και είμαι ενήμερος/η για τις υποχρεώσεις που απορρέουν από τον ορισμό μου.**

**Ημερομηνία - Υπογραφή**

Η αίτηση επιστρέφεται συμπληρωμένη είτε με **fax: 210 2103833597** είτε με **e-mail:** **info@eex.gr****.**