ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

ΓΝΩΣΗ BRAILLE

ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΤΑ ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ (συμπληρώνετε κατά σειρά προτίμησης ,όλες τις σχολικές μονάδες που διατίθενται προς κάλυψη).

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

.

.

.

.

.