

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

Ο/Η εργαζόμενος/η _____

του _____

της εταιρείας/φορέα **ΑΓΡΟΤΗΣ**

με αριθμό ταυτότητας _____

είναι απαραίτητο να μετακινείται εντός των ορίων

της περιφέρειας **ΣΤΡΑΤΟΥ ΑΓΡΙΝΙΟΥ**

για λόγους εργασίας που αφορούν στην:

[] ίδια εταιρεία / φορέα [] άλλη εταιρεία / φορέα με:

Επωνυμία: _____

Όνοματεπώνυμο υπεύθυνου: _____

Τηλέφωνο υπεύθυνου: _____

Μεταξύ των ωρών:

_____ π.μ. και _____ π.μ.

_____ μ.μ. και _____ μ.μ.

Η ταυτοπροσωπία του ανωτέρου εργαζομένου/ης θα γίνεται με την επίδειξη της ταυτότητάς του/της.

Υπογραφή



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υφυπουργείο Πολιτικής Προστασίας
και Διαχείρισης Κρίσεων



ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ