

ΑΙΤΗΣΗ

Στοιχεία Αιτούμενου:

Επώνυμο: _____

Όνομα: _____

Όνομα Πατρός: _____

Κλάδος: _____ Ειδικότητα: _____

Διεύθυνση Κατοικίας

Οδός: _____ Αριθμ _____

ΤΚ: _____ Περιοχή: _____

Πόλη: _____

Τηλέφωνο Οικίας: _____

Τηλέφωνο Κινητό: _____

Email: _____

Σχέση Εργασίας: Μόνιμος Εκπ/κός

Προς: Δ/ντή ή Δ/ντρια του Σχολείου

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια εξετάσεων

_____ () ημερ _____ και συγκεκριμένα

από _____ μέχρι και _____

διότι: _____

Συνοδευτικά υποβάλλω:

Βεβαίωση εγγραφής στη ανωτέρω Σχολή

Θα υποβάλλω :

Βεβαίωση συμμετοχής

Σχολείο Τοποθέτησης:

(Συμπληρώνετε ένα από τα παρακάτω):

Οργανική Προσωρινή Τοποθέτηση

Σχολεία που Υπηρετώ:

** Για αποσπασμένους από άλλο ΠΥΣΔΕ αναγράψτε σε

ποια ΔΔΕ ανήκετε

ΔΔΕ : _____

Σύνολο ημερών άδειας εξετάσεων που χορηγήθηκαν

κατά το τρέχον ημερολογιακό έτος : _____

_____ () ημερ _____

Θέμα: «Χορήγηση άδειας εξετάσεων»

_____/_____/201__