|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** | | | **ΠΡΟΣ** |
| **Προσωπικά Υπηρεσιακά Στοιχεία** | | | Το 1ο Ε.Κ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ |
|  | | | Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια εξετάσεων **( \_ ) ημερών,** από **\_\_/\_\_/\_\_\_\_** έως **\_\_/\_\_/\_\_\_\_,** για ………..…………………..  ………………………………………………………………..  ………………………………………………………………..  ……………………………………………………………….. |
| Επώνυμο: |  | |
| Όνομα: |  | |
| Όνομα Πατέρα: |  | |
| Ταχ. διεύθυνση: |  | |
| Πόλη: |  | |
| Τ.Κ.: |  | |
| Τηλ. Σταθερό: |  | | **Ο/Η Αιτ\_\_\_\_\_\_:** |
| Τηλ. Κινητό: |  | | Κάντε κλικ εδώ, για να εισαγάγετε το Ονοματεπώνυμό σας. |
| e-mail: |  | |
| Α.Φ.Μ.: |  | |
| Κλάδος: |  | |
| Λεκτικό κλάδου: |  | |  |
| ΦΕΚ και Ημερ. Διορ. |  | | Αλεξανδρούπολη, \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| Αριθμός Μητρώου: |  | |  |
| ***Με θητεία ή Ολική διάθεση*** (Υπογραμμίστε ανάλογα) | | |  |
| Σχολική Μονάδα: | | **1ο Ε.Κ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ** | **1ο Ε.Κ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ**  Ελήφθη:  Αριθμ. Πρωτ.: |
| Σχολείο Οργανικής: | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| ***Διοικητικός:*** | |  |
| Θέση υπηρέτησης: | |  |

**ΘΕΜΑ:** ***«Χορήγηση άδειας εξετάσεων»***