|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** |  | **ΠΡΟΣ** |
|  |  | Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια εξετάσεων διάρκειας.…………... ( ) ημερ…..,  από …. / …. / …… μέχρι …. / …. / …… για να λάβω μέρος στις εξετάσεις της Σχολής …………………………..…………………………………………  ……………………………………………………………………..  του Πανεπιστημίου…...………………………………..  ……………………………………………………………………..  …………………………..…………………………………………  Συννημένη υποβάλλω βεβαίωση συμμετοχής από το παραπάνω Εκπαιδευτικό Ίδρυμα. |
| **Επώνυμο** |  |
|  |  |
| **Όνομα** |  |
|  |  |
| **Πατρώνυμο** |  |
|  |  |
| **Κλάδος / Ειδικότητα** |  |
|  |  |
| **Αριθμός Μητρώου Εκπαιδευτικού**  (**ΑΦΜ για αναπληρωτές/ωρομίσθιους)** |  |
|  |  |
| **Σχολείο οργανικής θέσης** |  |
|  |  |
| **Σχολείο που υπηρετώ** |  |
|  |  |
| **Έτη Υπηρεσίας** |  |
|  |
| **Σταθερό / Κινητό τηλέφωνο** |
|  |  |
| **Διεύθυνση κατοικίας** |  |
|  |  |
| **Πόλη / ΤΚ** |  |
| **Θέμα**:  **Χορήγηση άδειας εξετάσεων**  **Τόπος / Ημερομηνία**                      ,         /         /           / | Ο/Η αιτών/αιτούσα  Υπογραφή | |
|  |  | |