

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΚΛΑΔΟΣ:

ΣΧΟΛΕΙΟ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:.....

.....

ΠΟΛΗ:.....

Τ.Κ.:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΠΡΟΣ: τη Δ/νση τουΔ.Σ/...Νηπ/γείου

.....

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια εξετάσεων** (.....) ημερ..... και συγκεκριμένα από/...../20..... έως και /..... /20..... για τη συμμετοχή μου

στο....., όπου φοιτώ, σύμφωνα με την υπ' αρ. Φ. 351.5/43/67822/Δ1/05-05-2014 εγκύκλιο Υπ.Π.Ε.Θ.

Βεβαιώνω ότι μετά την ολοκλήρωση των εξετάσεων θα προσκομίσω βεβαίωση από το Εκπαιδευτικό Ίδρυμα.

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας εξετάσεων»

Γρεβενά: ___/___/____

Ο αιτών / Η αιτούσα

Παρατήρηση: Χορηγείται άδεια 14 εργάσιμων ημερών (κατά τη διάρκεια της σύμβασης) σε αναπλ. εκπ/κούς που είναι σπουδαστές ή φοιτητές, όταν οι σπουδές τους είναι για απόκτηση πτυχίου ανώτερης βαθμίδας από αυτό που ήδη κατέχουν και 10 εργάσιμων ημερών όταν πρόκειται για απόκτηση πτυχίου της ίδιας εκπ/κής βαθμίδας)

Άρθρο 26 του Π.Δ. 410/1988, Εγκύκλιος ΥΠΑΙΘ 5/5/2014, ΑΔΑ ΒΙΦΓ9-4ΘΑ



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Περιφερειακό Πρόγραμμα
«Δυτική Μακεδονία»
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο+ (ΕΚΤ+)