

# ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΝΟΜΑ: .....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: .....

ΚΛΑΔΟΣ: .....

ΣΧΟΛΕΙΟ: .....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:.....

.....

ΠΟΛΗ:.....

Τ.Κ.:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: .....

ΠΡΟΣ: τη Δ/νση του ....Δ.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



Πρόγραμμα  
Ανθρώπινο Δυναμικό και  
Κοινωνική Συνοχή

