

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 **ειδική άδεια άσκησης εκλογικού δικαιώματος** με αποδοχές (.....) ημερών από//..... έως και/...../....., σύμφωνα με την υπ' αρ. Φ. 351. 5/ 43/ 67822/ Δ1/ 05-05-2014 εγκύκλιο Υπ.Π.Ε.Θ.

Βεβαιώνω ότι θα προσκομίσω βεβαίωση από το εκλογικό τμήμα ότι άσκησα το εκλογικό μου δικαίωμα.

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση ειδικής άδειας άσκησης εκλογικού δικαιώματος»

Γρεβενά: __/__/____

Ο αιτών/ Η αιτούσα

Παρατήρηση: Οι εκπαιδευτικοί δικαιούνται μία (01) ημέρα (για μετακίνηση 200-400 χλμ), δύο (02) ημέρες (για μετακίνηση άνω των 401 χλμ), τρεις (03) ημέρες (για ειδικές συνθήκες μετακίνησης, ύστερα από εξέταση του Δ/ντή Εκπ/σης). Οι ημέρες που τα σχολεία παραμένουν κλειστά θεωρούνται ως μέρος της άδειας.



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Επιτελική
Δομή ΕΣΠΑ
Υ.ΠΑΙ.Θ.Α.

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