

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΠΡΟΣ: τη Δ/νση του ...Δ.Σ/...Νηπ/γείου

ΟΝΟΜΑ:

.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΚΛΑΔΟΣ:

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.

ΣΧΟΛΕΙΟ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:.....

.....

ΠΟΛΗ:.....

Τ.Κ.:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

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



Πρόγραμμα
Ανθρώπινο Δυναμικό και
Κοινωνική Συνοχή

