**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**……………………………………….

**ΟΝΟΜΑ:**…………………………………………….

**ΟΝ.ΠΑΤΡΟΣ:**…………………………………….

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**………………………………….

……………………………………………………………

**ΣΧΟΛΕΙΟ ΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ:**

……………………………………………………………

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**……………………….

……………………………………………………………

**ΠΟΛΗ:**……………………………………………….

**Τ.Κ.:**…………………………………………………..

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**…………………………………….

**ΠΡΟΣ**

**Το Δ/ντη-ντρια Προϊστάμενο/νη Σχολικής Μονάδας**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια εξετάσεων ……….ημερών από …….. έως και ………………….

Συνημμένα υποβάλλω:…………………....

…………………..

 Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

 ……………………………………

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας εξετάσεων»**

ΛΑΜΙΑ: …………………………………………