Α Ι Τ Η Σ Η

# ΠΡΟΣ

(ΣΧΟΛΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ Ή ΑΠΟΣΠΑΣΗΣ ‘Η ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΩΝ ΩΡΩΝ)

Επώνυμο

Όνομα

Πατρώνυμο

Κλάδος

Αρ. Μητρώου ή ΑΦΜ για αναπληρωτές

Σχολείο Οργανικής

ΔΔΕ Οργανικής

Σχολείο υπηρέτησης

Συνολικός χρόνος υπηρεσίας

Διεύθυνση κατοικίας

ΤΚ/Πόλη

Σταθερό τηλέφωνο

Κινητό τηλέφωνο

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **ειδική άδεια εξε- τάσεων**(1) ………………….…………………………… (.……) η- μερ…….. από ….../….…/………… μέχρι και

….../….…/ διότι ……………………………………………..

……………………………………..……………………………………….…

……………………………….....………..…………………………………..

……………………………………………..………………………………….. Δηλώνω υπεύθυνα ότι το σύνολο ημερών άδειας εξετάσεων κατά το τρέχον ημερολογιακό έτος (ή κατά τη διάρκεια σύμβασης για τους αναπληρωτές) είναι ……..…………………..……………… ( ) μέρες(2) και ότι θα προσκομίσω εκ των υστέρων τη σχετική βεβαίωση συμμετοχής μου στις εξετάσεις / δικαιολογητικό έγγραφο παράδοσης εργασίας / δικαιολογητικό έγγραφο υποστήριξης διδακτορικής διατριβής.

Συνημμένα:

(σημειώστε **Χ** στα τετραγωνίδια που σας αφορούν)

* Πρόγραμμα εξετάσεων

□ Άλλο δικαιολογητικό : ………………………………………………

……………………………………………………………..……………………

……………………………………………………………..……………………

Ο/Η αιτ…………..

Υπογραφή

# ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας εξετάσεων …….… ημερ…….

Ημερομηνία : ……………….………, ………/………../……………

1. Στους υπαλλήλους που είναι φοιτητές, προπτυχιακοί ή μεταπτυχιακοί, χορηγείται άδεια εξετάσεων με αποδοχές.
2. Η άδεια εξετάσεων δεν μπορεί να υπερβαίνει τις **δεκατέσσερις (14) εργάσιμες ημέρες κάθε ημερολογιακό έτος ή κατά τη διάρκεια της σύμβασης για τους αναπληρωτές** . **Για κάθε ημέρα εξετάσεων χορηγείται άδεια μέχρι και δύο (2) εργάσιμες ημέρες**.