

## Α Ι Τ Η Σ Η

Επώνυμο:.....

Όνομα:.....

Όνομα Πατρός:.....

Σχέση Εργασίας: .....

Α.Μ.(για μόνιμους): .....

Α.Φ.Μ (για αναπληρωτές):.....

Εκπαιδευτικός Κλάδου:.....

Σχολείο οργανικής θέσης: .....

.....

Σχολείο που υπηρετεί: .....

.....

Δ/ση κατοικίας: .....

.....

Τηλέφωνο:.....

e-mail:.....

Προς  
τον κ. Διευθυντή του 4ου Γυμνασίου  
Αχαρνών

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια εξετάσεων διάρκειας..... ( ) ημερ....., από .... / .... / ..... μέχρι .... / .... / ..... για να λάβω μέρος στις εξετάσεις της Σχολής  
.....  
του Πανεπιστημίου.....

..... ΑΙΤ.....

.....  
(υπογραφή εκπαιδευτικού)

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας εξετάσεων»**

Αχαρνές, ...../...../202...  
(τόπος, ημερομηνία)