**ΑΙΤΗΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ: **………………………………………**

ΟΝΟΜΑ: **………………………………………….**

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: **………………………………….**

ΚΛΑΔΟΣ: **………………………………………….**

ΣΧΟΛΕΙΟ: **………………………………………..**

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ**:……………………….… ……………………………………………………….**

ΠΟΛΗ:**………………………………………….…**

Τ.Κ.**:……………………………………….……….**

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: **……………………………………**

**ΘΕΜΑ**: «Χορήγηση ειδικής άδειας θανάτου»

Λευκάδα: \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_

ΠΡΟΣ: τη Δ/νση του ..Δ.Σ/…Νηπ/γείου

………………………………

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **ειδική άδεια θανάτου** 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 ληξιαρχική πράξη θανάτου ή, αν από αυτή δεν προκύπτει ο βαθμός συγγένειας, θα συνυποβάλω και υπεύθυνη δήλωση.

Ο αιτών/ Η αιτούσα