**ΑΙΤΗΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ: **………………………………………**

ΟΝΟΜΑ: **………………………………………….**

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: **………………………………….**

ΚΛΑΔΟΣ: **………………………………………….**

ΣΧΟΛΕΙΟ: **………………………………………..**

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

ΠΟΛΗ:**………………………………………….…**

Τ.Κ.**:……………………………………….……….**

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: **……………………………………**

**ΘΕΜΑ**: «Χορήγηση ειδικής άδειας άσκησης εκλογικού δικαιώματος»

Λευκάδα: \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_

ΠΡΟΣ: τη Δ/νση του …Δ.Σ/…Νηπ/γείου

………………………

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.

Βεβαιώνω ότι θα προσκομίσω βεβαίωση από το εκλογικό τμήμα ότι άσκησα το εκλογικό μου δικαίωμα.

Ο αιτών/ Η αιτούσα