**ΑΙΤΗΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ: **………………………………………**

ΟΝΟΜΑ: **………………………………………….**

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: **………………………………….**

ΚΛΑΔΟΣ: **………………………………………….**

ΣΧΟΛΕΙΟ: **………………………………………..**

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

ΠΟΛΗ:**………………………………………….…**

Τ.Κ.**:……………………………………….……….**

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: **……………………………………**

**ΘΕΜΑ**: «Χορήγηση άδειας εξετάσεων »

Λευκάδα: \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_

ΠΡΟΣ: τη Δ/νση του ….Δ.Σ/…Νηπ/γείου

………………………

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια εξετάσεων** …………………. (……) ημερ….. και συγκεκριμένα από ……./……./20……. έως και ……. /…… /20…….. για τη συμμετοχή μου …………………………………………………

στο……………………………………, όπου φοιτώ, σύμφωνα με την υπ’ αρ. Φ. 351.5/43/67822/Δ1/ 05-05-2014 εγκύκλιο Υπ.Π.Ε.Θ.

Βεβαιώνω ότι μετά την ολοκλήρωση των εξετάσεων θα προσκομίσω βεβαίωση από το Eκπαιδευτικό ‘Iδρυμα.

Ο αιτών / Η αιτούσα