**Α Ι Τ Η Σ Η**

|  |
| --- |
| Επώνυμο: |
| Όνομα: |
| Πατρώνυμο: |
| Κλάδος: |
| Ειδικότητα: |
| Σχολείο Οργανικής: |
| ΔΔΕ Οργανικής: |
| Σχολείο Κύριας τοποθέτησης: |
| Σχολείο Διάθεσης: |
| Σχέση εργασίας:  Μόνιμος  [Μαγνητίστε την προσοχή του αναγνώστη σας με μια εξαιρετική παράθεση από το έγγραφο ή χρησιμοποιήστε αυτόν το χώρο για να δώσετε έμφαση σε ένα κύριο σημείο. Για να τοποθετήσετε αυτό το πλαίσιο κειμένου οπουδήποτε στη σελίδα, απλώς σύρετέ το.]  Αναπληρωτής  [Μαγνητίστε την προσοχή του αναγνώστη σας με μια εξαιρετική παράθεση από το έγγραφο ή χρησιμοποιήστε αυτόν το χώρο για να δώσετε έμφαση σε ένα κύριο σημείο. Για να τοποθετήσετε αυτό το πλαίσιο κειμένου οπουδήποτε στη σελίδα, απλώς σύρετέ το.] |
| Διεύθυνση Κατοικίας: |
| ΤΚ Πόλη: |
| Mail: |
| Κινητό τηλ: |
| Σταθερό τηλ: |

# ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας εξετάσεων»

Ημερομηνία: …………………, ………/……../20……

Ο/Η Αιτών/ούσα

Συνηγορούμε για την έκδοση της άδειας

Ο/Η Διευθυντής/ρια

# ΠΡΟΣ

**…………………………………………………………**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια εξετάσεων** διάρκειας ………….……… (……..). ημερών, από ……../…….../…………... έως και ….…./……../………..…

Το σύνολο των ημερών άδειας εξετάσεων που έχω κάνει χρήση κατά το τρέχον έτος 20……. Είναι ………………..….. (……….) ημέρες.

Με την επάνοδό μου στην υπηρεσία, θα προσκομίσω τα κάτωθι απαραίτητα δικαιολογητικά:

1. Βεβαίωση φοίτησης Πανεπιστημίου
2. Βεβαίωση εξέτασης

*Η άδεια εξετάσεων δεν μπορεί να υπερβαίνει τις* ***δεκατέσσερις (14) εργάσιμες ημέρες*** *(Ν.4590/2019 Άρθρο 35) κάθε έτος και χορηγείται συνεχώς ή τμηματικώς κατά την εξεταστική περίοδο που ζητά ο ενδιαφερόμενος. Άδεια εξετάσεων, σε αναπληρωτές, χορηγείται σε αναλογία με βάση τη διάρκεια της σύμβασης (Π.Δ. 410/1988, αρ. 26, όπως τροποποιήθηκε με την παρ. 7γ του άρθρου 47 του ν.4674/2020).*