

# Α Ι Τ Η Σ Η

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Κλάδος:

Σχέση Εργασίας:

Σχολείο Οργανικής Θέσης:

Σχολείο που Υπηρετεί:

Δ/ση Κατοικίας :

Τηλέφωνο:

Πρόσθετα στοιχεία :

Έλαβα συνολικά το τρέχον  
ημερολογιακό έτος ειδική άδεια .

( )  
ημερών

Έλαβα συνολικά το τρέχον  
ημερολογιακό έτος κανονική άδεια

( )  
ημερών

Έγκριση Δ/ντή σχολείου : .....

Θέμα: Χορήγηση ειδικής άδειας  
εξετάσεων

Σέρρες / / 202

Αρ.Πρωτ.:  
Ημερομηνία:

Π ρ ο ς

4<sup>ο</sup> Γυμνάσιο Σερρών

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια  
εξετάσεων διάρκειας  
( ) ημερας/ών

από / / 202 έως / / 202  
για να λάβω μέρος στις εξετάσεις της  
Σχολής:

του Πανεπιστημίου:

Συναινώ στην επεξεργασία των  
προσωπικών μου δεδομένων καθώς και  
στην έκδοση, δημοσίευση και ανάρτηση  
πινάκων, εγγράφων ή αποφάσεων από  
την Δ.Δ.Ε Σερρών - 4ο Γυμνάσιο  
Σερρών, όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο  
και πρόσφορο για την διεκπεραίωση  
διοικητικών διαδικασιών σύμφωνα με  
τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του  
Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του  
Συμβουλίου, της 27<sup>ης</sup> Απριλίου 2016.

Ο / Η Αιτ

( Υπογραφή )

