**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**………………………………..

**ΟΝΟΜΑ:**…………………………………....

**ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ:**………………………

**ΘΕΣΗ ΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ:**………………….

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:** ……………………………

**Α.Μ.:** ……………………………………….

**Στοιχεία Επικοινωνίας**

**Δ/νση κατοικίας:**………………………….

...…………………………………………….

**Πόλη:…**…………………………………….

**Τηλ:**…………………………………………

**e-mail:**…………………………………………..

**Ημερομηνία:**……/……/……..

**Θέμα: Χορήγηση άδειας εξετάσεων**

**Συνημμένα**

**1.** Βεβαίωση της Σχολής

**2.** …………………………………...

**3.** ……………………………………

**Ε.Κ. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ**

**ΑΡ. ΠΡΩΤ.**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**

**Φ**

**ΠΡΟΣ**

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ**

**Παρακαλώ μου χορηγήσετε άδεια εξετάσεων** διάρκειας..………….. ( ) ημερ…..,

από …. / …. / …… μέχρι και .. …. / …. / …… για να λάβω μέρος στις εξετάσεις της Σχολής …………………………..………………………

του Πανεπιστημίου…...…………………………...

…………………………………………………….

**Ο/Η Αιτών/Αιτούσα**

……………………………………..