**Π Ρ Ο Σ:**

 **Τον Διευθυντή Π.Ε. Δυτικής Αττικής**

Ελ. Βενιζέλου 82

 19200 Ελευσίνα

**Α Ι Τ Η Σ Η**

**ΕΠΩΝΥΜΟ: ……………………………** Παρακαλώ να εγκρίνετε τη συμμετοχή μου στις εξετάσεις, που προβλέπονται από το

**ΟΝΟΜΑ: ……………………………….** άρθρο 9 παρ. 5 του **Π.Δ 79/2017** για την απόκτηση τίτλου σπουδών του Δημοτικού

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ………………………..** Σχολείου.

**ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ: …………………………..**.

**ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:……………………..**

**ΔΗΜΟΣ ή ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ: …………………**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ……………………………… … Αιτ..**

**ΤΚ: ……………. ΠΕΡΙΟΧΗ: .......................**

**ΤΗΛ: ………………………………………… ……………………………..**

**ΚΙΝΗΤΟ: ……………………………………**

**e-mail : …………………………………...**

|  |
| --- |
|  |

**ΑΔΤ:**

**ΘΕΜΑ: Συμμετοχή σε εξετάσεις**

**Ελευσίνα, / / 2020**