**ΕΝΣΤΑΣΗ-ΑΙΤΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ**: .............................................................

**ΟΝΟΜΑ**: .................................................................

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ**: ...................................................

**ΚΛΑΔΟΣ**: ………………………………………………………………..

**Αριθ. Δελτίου Ταυτότητας**: …………………………………..

**Α.Φ.Μ.** ………………………………………………………………….

**Για Μόνιμους:**

Α. Μ.: ........................................................................

Οργανική Θέση: ………………………………………..............

Σχολείο Υπηρέτησης: ……………………………………………..

Θέση ευθύνης: ……………………………………………………….

**Τηλεπικοινωνιακά στοιχεία:**

Τηλέφωνο Οικίας: …………………………………………………

Κινητό τηλέφωνο: …………………………………….............

Email: ……………………………………………….. (*υποχρεωτικό*)

Διεύθυνση κατοικίας: ……………………………………………

………………………………………………………………………………

**ΠΡΟΣ**

τη Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Ημαθίας

**ΚΑΤΑ**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Ενίσταμαι**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 Ο/Η Ενιστάμενος/η