**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΩΡΑΡΙΟΥ**

 **ΠΡΟΣ**

 **Το ΠΥΣΠΕ Ν. Καστοριάς**

Παρακαλώ να συμπληρώσω το υποχρεωτικό μου ωράριο ως εξής:

ΕΠΩΝΥΜΟ………………………………………

ΟΝΟΜΑ………………………………………….

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ…………………………………...

ΑΡΙΘ. ΜΗΤΡΩΟΥ………………………………

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ…………………………………...

ΟΡΓΑΝ. ΘΕΣΗ………………………………………

ΤΗΛ. σταθ.……………………………………….

ΤΗΛ. κινητ ……………………………………….

ΕΝΤΟΠΙΟΤΗΤΑ(στο Δήμο)…………………………

ΣΥΝΥΠΗΡΕΤΗΣΗ(στο Δήμο)....................................

ΕΙΔΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ…………………………

ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ

**ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ**

Συνολική υπηρεσία:

………Έτη , ….….Μήνες , …….Ημέρες

**Μόρια Τοποθέτησης**

Από οικ. κατάστ…………………..

Από παιδιά……………………….

Από υπηρεσία…………………….

Από δυσμ. συνθήκες……………..

Ειδική κατηγορία…………………

**ΣΥΝΟΛΟ**……………………...

Εντοπ/τα: Δήμος ………………….

Συν/τηση: Δήμος ………………..

 Ο Διευθυντής ΠΕ Καστοριάς

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΔΗΜ. ΣΧΟΛΕΙΟΥ Η΄**  **ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟΥ** |
|  1 |  |
|  2 |  |
|  3 |  |
|  4 |  |
|  5 |  |
|  6 |  |
|  7 |  |
|  8 |  |
|  9 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |
| 13 |  |
| 14 |  |
| 15 |  |
| 16 |  |
| 17 |  |
| 18 |  |
| 19 |  |
| 20 |  |

 **ΠΥΣΠΕ Ν. ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ**

Εγκρίνεται η πράξη ………................................

 O Πρόεδρος Τα Μέλη

 1.

 2.

 3.

 4.

ΤΟΠΟΣ…………………………

ΗΜΕΡΟΜ.: ……./……/ 2019

Ο / Η Δηλ…………

…………………………………….

**\***ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ

\***ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΟΝ ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΣΑΣ**