**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**