**ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ**

**ΚΡΙΣΗΣ**

**ΥΠΕΡΑΡΙΘΜΙΑΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Επώνυμο :** |  |
| **Όνομα :** |  |
| **Πατρώνυμο :** |  |
| **Α.Μ.:** |  |
| **Κλάδος :** |  |
| **Σχολείο Οργανικής:** |  |
| **Σχολείο Υπηρέτησης:** |  |
| **Τηλ. Επικ.:** |  |
| **e-mail:** |  |

**Δ.Δ.Ε. ΚΟΖΑΝΗΣ**

**Αριθμ. Πρωτ.:** ……………………………………

**Ημερ. Πρωτ.:** ……………………………………..

**ΠΡΟΣ:**

**Π.Υ.Σ.Δ.Ε. Κοζάνης**

**Δηλώνω ότι (*σημειώστε με Χ*):**

□ **επιθυμώ να κριθώ υπεράριθμος/η**

□ **επιθυμώ να εξαιρεθώ από τη διαδικασία (*Ειδική κατηγορία, άρθρο 13, Π.Δ. 50/1996*)**

**Κοζάνη**, …… /04/2021

**Ο, Η Δηλών, -ούσα**

………………………………..

(Υπογραφή)