|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΘΕΤΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΕΡΑΡΙΘΜΙΑΣ** |  | **ΠΡΟΣ**  **ΠΥΣΔΕ ΦΛΩΡΙΝΑΣ** |
|  |  | Δηλώνω υπεύθυνα, σύμφωνα με το άρθρο 14 παρ. 3α του ΠΔ 50/96, ότι **επιθυμώ** να κριθώ ως υπεράριθμος στη σχολική μονάδα της οργανικής μου θέσης κατά το επόμενο σχολικό έτος ……….-……………… |
| Επώνυμο |  |
|  |  |
| Όνομα |  |
|  |  |
| Πατρώνυμο |  |
|  |  |
| Κλάδος / Ειδικότητα |  |
|  |  |
| Αρ. Μητρώου |  |
|  |  |
| Σχολείο Οργανικής |  |
|  |  |
| Σταθερό / Κινητό τηλέφωνο |  |
|  |  |
|  |  |
| Ημερομηνία : ……………………, ………/………../………………. | Ο/Η αιτών/αιτούσα  Υπογραφή | |