**Α Ι Τ Η Σ Η**

Επώνυμο : …………………………………………………….

Όνομα : ………………………………………………………..

Πατρώνυμο : ………………………………………………..

Κλάδος/

Ειδικότητα : ………………………………………………….

Α.Μ. : ……………………………………………………………

Οργανική Θέση : …………………………………………..

Σχολείο υπηρέτησης : ………………………………….

Τηλέφωνο : ………………………………………………….

E-mail : …………………………………………………………

Θέμα:

Αναγνώριση συνάφειας μεταπτυχιακού/διδακτορικού τίτλου

Αθήνα, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ΠΡΟΣ**

**Δ/ΝΣΗ Π.Ε. A΄ ΑΘΗΝΑΣ**

Παρακαλώ να εγκρίνετε τη συνάφεια του μεταπτυχιακού / διδακτορικού τίτλου του Πανεπιστημίου:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

με θέμα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

και ημερομηνία ορκωμοσίας:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Συνημμένο:

1. Αντίγραφο μεταπτυχιακού / διδακτορικού τίτλου σπουδών

 Ο/Η Αιτών /-ούσα

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