.03++++++++++-

**ΠΡΟΣ**

**Το ΠΥΣΔΕ ΑΡΤΑΣ**

 Σας γνωρίζω ότι επιθυμώ αμοιβαία απόσπαση με ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ημερομηνία:

Ο-Η αιτ…………..

**Α Ι Τ Η Σ Η ΓΙΑ ΑΜΟΙΒΑΙΑ ΑΠΟΣΠΑΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ:…………………………………..

ΟΝΟΜΑ:………………………………………

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ …………………………...

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ……………………………….

ΣΧΟΛΕΙΟ: ……………………………………

ΠΟΛΗ: ………………………………………..

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ………………………………..

**ΘΕΜΑ**: Αμοιβαία απόσπαση

Λαμία……………………………………..