**Α Ι Τ Η Σ Η**

**ΕΠΩΝΥΜΟ: ……………………………………..**

**ΟΝΟΜΑ: ………………………………………..**

**ΚΛΑΔΟΣ: ………………………………………..**

**Α.Φ.Μ. :…………………………………………..**

**ΣΧΟΛΕΙΟ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ:**

…………………………………………………………

**ΕΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:………………………………**

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:………………………….**

**………………………………………………………..**

**ΠΟΛΗ:……………………………………………..**

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:……………………………………**

**ΚΙΝ. ΤΗΛΕΦ.: …………………………………**

**ΘΕΜΑ: Αναγνώριση Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού**

**Συνημμένα**: ……..σελίδες

**ΠΡΟΣ**

**Δ/ΝΣΗ Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ**

**AXΑΪΑΣ**

**Παρακαλώ,** για την αναγνώριση της συνάφειας του μεταπτυχιακού ή/και του διδακτορικού τίτλου σπουδών που σας καταθέτω.

Τίτλος σπουδών: ………………………………………………..

……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………

Ίδρυμα έκδοσης τίτλου……………………………………….

……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………

**Ο/ Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ**