|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ΔΗΛΩΣΗ** |  | |
| **ΠΡΟΣ:** | **Π.Υ.Σ.Π.Ε. ΑΧΑΪΑΣ** |

**Επώνυμο**: …………….…………

**Όνομα**: ………………………

**Πατρώνυμο**: ………………………

**Ειδικότητα**: ………………………

**Α.Μ.:** ………………………

**Οργ. Θέση:** …………….…………

**Θέση Υπηρέτησης: …………….…………**

**Δήμος συνυπηρέτησης:** …………………

**Δήμος εντοπιότητας:** ……………………

**Δ/νση οικίας:** …………….…………

**Τηλέφωνο**: …………….…………

**Θέμα: «Δήλωση Κρίσης Υπεραριθμίας»**

Πάτρα, ……/04/2024

Δηλώνω ότι επιθυμώ / δεν επιθυμώ να κριθώ οργανικά υπεράριθμος/η στο ……Δ.Σ./ΝΓ………….…………………….., στο οποίο ανήκω οργανικά.

**Ο/Η Δηλ………..**