**Α Ι Τ Η Σ Η**

**ΠΡΟΣ**

**Τη Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπ/σης Κοζάνης**

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Κλάδος:……………………………………………………………

Σχολείο οργανικής:………………………………………….

Σχολείο που υπηρετεί:

Αριθμός Μητρώου:

**Τίτλος θέσης ευθύνης που υπηρετεί και σχολείο (π.χ. Διευθυντής/ντρια, Υποδιευθυντής/ντρια κ.τ.λ.):** …………………………………………………………………………..

Δ/νση κατοικίας

Οδός ............................ Αρ.

Τ.Κ. ..................

Πόλη ή Χωριό:

Τηλέφωνα επικοινωνίας:

Ηλ/κό Ταχ/μείο: ………………………………………………...

ΘΕΜΑ**: «Παραίτηση από την Υπηρεσία λόγω συμπλήρωσης ορίου ηλικίας»**

Κοζάνη, ………/……. /2024

**Έχω συμπληρώσει το όριο ηλικίας (γεννηθείς το 1956)** και έχω θεμελιώσει το δικαίωμα της συνταξιοδότησής μου από το Δημόσιο.

Η αυτοδίκαιη λύση της υπαλληλικής μου σχέσης λόγω συμπλήρωσης ορίου ηλικίας θα γίνει στις 30/06/2024.

**Στο πρόσωπό μου δεν έχει επιβληθεί ποινή και δεν εκκρεμεί ποινική ή πειθαρχική δίωξη σε βάρος μου και συνεπώς, πληρούνται οι προϋποθέσεις παραίτησης και δεν συντρέχουν οι λόγοι που περιγράφονται στην παρ.2 του άρθρου 148 του Υπαλληλικού Κώδικα (Ν. 3528/2007 – Φ.Ε.Κ.26τ. Α΄/9-2-2007)**

 …… Αιτ…..