|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  Επώνυμο:………………………………………….…………  Όνομα:…..........................................................  Όνομα πατέρα:…………………………..………………..  Όνομα μητέρας:……………………………………………  ΑΦΜ:……………………………………………..……………  Κλάδος:………………………….…………..…………………  Δ/νση κατοικίας:………..……………………...………...  ……………………………………………………………………..  Τηλ. κατοικίας:……………………………….…………….  Τηλ. Κινητό :………………………………………………..  Email: ………………………………………………………………..  ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ  Πλήρους Ωραρίου:  Μειωμένου Ωραρίου:  Ωρομίσθιος:  Υπηρετεί: ……………………………………………………………  **ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας ασθένειας τέκνου»**  ………………………, ………/………/20…………  *(Τόπος) (Ημερομηνία)* | **ΠΡΟΣ:**  ……………………………………………………………………  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια απουσίας διάρκειας ………..…. ( ) ημερ…...,  από …. / …. / .…… έως και …. / …. / …… λόγω **ασθενείας του ανήλικου τέκνου μου,** σύμφωνα με την ιατρική βεβαίωση που επισυνάπτω.  Επιπλέον, δηλώνω υπεύθυνα ότι μέχρι σήμερα ημερομηνία …../……/………., έχουμε κάνει χρήση άδειας ασθενείας τέκνων (….) ημερ……, από τις ………… ημέρες τις από κοινού αδείας που δικαιούμαστε με τον/τη σύζυγό μου. *(συμπληρώνεται αν απαιτείται)*  ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:  Ιατρική Βεβαίωση Ασθένειας τέκνου.  …………………………………………………………………………  **Ο/Η Αιτ.......**  ................................  *(υπογραφή)* |
|  |  |