|  |  |
| --- | --- |
|  **ΑΙΤΗΣΗ**Επώνυμο:……………………………Όνομα:…............................................ Όνομα πατέρα:………………………..Όνομα μητέρας:………………………Κλάδος:………………………………Δ/νση κατοικίας:……………………...Τηλ. κατοικίας:……………………….Κινητό τηλ.:…………………………..ΑΦΜ:…………………………………Σχολείο/α που υπηρετεί……………………..………………………………………………**ΘΕΜΑ : «Χορήγηση άδειας****για ασθένεια τέκνου»**………………, ………/………/…………………*(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 4 ημέρες τις από κοινού αδείας που δικαιούμαστε με τον/τη σύζυγό μου. *(συμπληρώνεται αν απαιτείται)* **Ο/Η Αιτ.......** ................................ |
|  |  |