|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  Επώνυμο: ……………………………  Όνομα: …............................................  Όνομα πατέρα: ………………………  Όνομα μητέρας: …………………….  Κλάδος: …………………………….  Δ/νση κατοικίας: ……………………  Τηλ. κατοικίας: …………………….  Κινητό τηλ.: ………………………..  ΑΦΜ: ………………………………  Σχολείο/α που υπηρετεί………………..  ………………………………………………….………….  **Θέμα: «Χορήγηση αναρρωτικής άδειας»**  ……………………,………/……/……………  *(Τόπος) (Ημερομηνία)* | **ΠΡΟΣ:**  ……………………………………………………………..  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **αναρρωτική άδεια** ............................................. ( ) ημερ..... και συγκεκριμένα από ...../...../.......... έως και ....../...../............  Συνοδευτικά υποβάλλω:   * Ιατρική γνωμάτευση   ………………………………………………………………………  **Ο/Η Αιτ.......**  ............................... |
|  |  |