|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  **Επώνυμο**:………………………………………………..……  **Όνομα**:…..........................................................  **Όνομα πατέρα**:………………………..…….……………  **Όνομα μητέρας**:….………………….…….…………….  **ΑΦΜ**:………………………………………….………….……  **Κλάδος/Ειδικότητα**:………..………………………….  **Δ/νση κατοικίας**:………………………..………………  ………………………………………………..…………………..**Τηλ. κατοικίας**:………………………………………..….  **Τηλ. κινητό**:……………………..…….…………………..  **Email:……………………………………………….…………………………**  ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ  Πλήρους Ωραρίου:  Μειωμένου Ωραρίου:  Ωρομίσθιος:  Υπηρετεί: ………………………………………………………..……………  **Θέμα: «Χορήγηση αναρρωτικής άδειας»**  ……………………, ………/………/………  *(Τόπος) (Ημερομηνία)* | **ΠΡΟΣ:**  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **αναρρωτική άδεια** ......................................... ( ) ημερ..... από ...../...../.......... έως και ....../...../........... λόγο ασθενείας μου.  Συνημμένα υποβάλλω:  Ιατρική γνωμάτευση  ……………………………………………………………………………  **Ο/Η Αιτ.......**  ...............................  *(υπογραφή)* |
|  |  |