|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ****Επώνυμο**:………………………………………………..……**Όνομα**:….......................................................... **Όνομα πατέρα**:………………………..…….……………**Όνομα μητέρας**:….………………….…….…………….**ΑΦΜ**:………………………………………….………….……**Κλάδος/Ειδικότητα**:………..………………………….**Δ/νση κατοικίας**:………………………..………………………………………………………………..…………………..**Τηλ. κατοικίας**:………………………………………..….**Τηλ. κινητό**:……………………..…….…………………..**Email:……………………………………………….…………………………**ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣΠλήρους 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)* |
|  |  |