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