|  |  |
| --- | --- |
|  **ΑΙΤΗΣΗ**Επώνυμο:……………………………Όνομα:…............................................ Όνομα πατέρα:………………………Όνομα μητέρας:…………………….Κλάδος:…………………………….Δ/νση κατοικίας:……………………Τηλ. κατοικίας:…………………….Κινητό τηλ.:………………………..ΑΦΜ:………………………………**ΓΙΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ / ΩΡΟΜΙΣΘΙΟΥΣ:**Αναπληρωτής ΠΛΗΡΟΥΣ…………….Αναπληρωτής ΕΣΠΑ-ΠΛΗΡΟΥΣ…….Αναπληρωτής ΕΣΠΑ-ΑΜΩ……………Ωρομίσθιος……………………………..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....... ............................... |
|  |  |

