|  |  |
| --- | --- |
| **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.......  ............................... |
|  |  |

