|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  Επώνυμο:……………………………  Όνομα:…............................................  Όνομα πατέρα:………………………..  Όνομα μητέρας:………………………  Κλάδος:………………………………  Δ/νση κατοικίας:……………………...  Τηλ. κατοικίας:……………………….  Κινητό τηλ.:…………………………..  ΑΦΜ:…………………………………  Σχολείο/α που υπηρετεί……………………..  ………………………………………………  **ΘΕΜΑ : «Χορήγηση άδειας**  **για ασθένεια τέκνου»**  ………………, ………/………/…………………  *(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 4 ημέρες τις από κοινού αδείας που δικαιούμαστε με τον/τη σύζυγό μου. *(συμπληρώνεται αν απαιτείται)*  **Ο/Η Αιτ.......**  ................................ |
|  |  |