|  |  |
| --- | --- |
|  **ΑΙΤΗΣΗ**Επώνυμο: ……………………………Όνομα: …............................................ Όνομα πατέρα: ………………………Όνομα μητέρας: …………………….Κλάδος: …………………………….Δ/νση κατοικίας: ……………………Τηλ. κατοικίας: …………………….Κινητό τηλ.: ………………………..ΑΦΜ: ………………………………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.......** ............................... |
|  |  |