**ΠΡΟΣ**

**Τον Δ/ντή/ντρια/Προϊστάμενο/μένη**

**Σχολικής Μονάδας**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε αναρρωτική άδεια …………… ημερών από ………………… μέχρι και …………………

……………………………………………………………

……………………………………………………………

Συνημμένα υποβάλλω ιατρική γνωμάτευση / υπεύθυνη δήλωση

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**……………………………………….

**ΟΝΟΜΑ:**…………………………………………….

**ΟΝ.ΠΑΤΡΟΣ:**…………………………………….

**ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ:**………………………………….

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**………………………………….

**ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ:** ………………………….

……………………………………………………………

**ΘΕΣΗ ΟΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ:**………………….

……………………………………………………………

**ΒΑΘΜΟΣ:**………………. **Μ.Κ.:** ………………

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**……………………….

……………………………………………………………

**ΠΟΛΗ:**……………………………………………….

**Τ.Κ.:**…………………………………………………..

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**…………………………………….

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

……………………………………

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση αναρρωτικής άδειας»**

Καρπενήσι, : …………………………………………