**ΑΙΤΗΣΗ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Προς  Το/η…Διευθυντή/ντρια  Του ………………………………………………………………………… | |
|  | Παρακαλώ να μου χορηγήσετε:  **Ειδική άδειας για ευπαθείς ομάδες** Από \_\_ /\_\_/2020 για το χρονικό διάστημα ισχύoς των έκτακτων μέτρων αποφυγής της διασποράς του κορωνοϊού COVID 19.  Συνημμένα επισυνάπτω:  (κύκλο στο δικαιολογητικό )   1. Ιατρική Γνωμάτευση 2. Βεβαίωση ΚΕΠΑ. 3. Γνωμάτευση Δημοσίου Νοσοκομείου. | |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  | |
|  |  | |
|  | O/Η αιτών/ούσα | |
|  | |  |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |

Επώνυμο:…………………………………………

Όνομα:…............................................

Όνομα πατέρα:…………………………………………

Όνομα μητέρας:……………………………………….

Κλάδος:……………………………………………………

Δ/νση κατοικίας:……………………...............

Τηλ. κατοικίας:………………………………………...

Κινητό τηλ.:…………………………………………….

ΑΜ:………………………………………………………

ΘΕΜΑ**:……………………………………………………**

**…………………………………………………………….**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:………………………………………….**