**ΑΙΤΗΣΗ**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ΠροςΤο/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:………………………………………….**