

Α Ι Τ Η Σ Η

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: _____

ΚΛΑΔΟΣ: _____

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: _____

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: _____

ΒΑΘΜΟΣ: _____ ΜΚ: _____

ημερομηνία απόκτησης ΜΚ

ΣΧΟΛΕΙΟ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΘΕΣΗΣ: _____

ΤΗΛ. ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΘΕΣΗΣ: _____

ΣΧΟΛΕΙΟ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ: _____

Διεύθυνση κατοικίας

Οδός-αριθμός: _____

ΠΟΛΗ - ΤΚ: _____

ΤΗΛ. ΟΙΚΙΑΣ: _____

ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ: _____

Σύνολο ημερών αναρρωτικής άδειας του
τρέχοντος ημερολογιακού έτους (20__): _____

Σύνολο ημερών αναρρωτικής άδειας
τελευταίας πενταετίας (20__ - 20__): _____

Ημερομηνία: _____

ΠΡΟΣ το Διευθυντή του

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **αναρρωτική**
άδεια _____ (²)

από _____ μέχρι και
και _____, διότι

Συνημμένα:

☐ Ιατρική γνωμάτευση

☐ Υπεύθυνη δήλωση

Ο αιτών / Η αιτούσα

.....
(Ονοματεπώνυμο και υπογραφή)