

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΚΛΑΔΟΣ:

Α.Μ.:

ΣΧΟΛΕΙΟ/Α ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:

.....

.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚ/ΝΙΑΣ:

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

.....

Email:

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση ειδικής άδειας
νοσήματος»

....., __/__/__

ΠΡΟΣ: τη Δ/νση του 3^{ου} Δημοτικού Σχολείου
Πύργου Ηλείας

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **ειδική άδεια
νοσήματος** διάρκειας (.....)
ημερών από/...../..... έως και
...../...../.....

Επισυνάπτω:

- Πιστοποιητικό από Κέντρο Πιστοποίησης
Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α), όπου αναγράφεται
το ποσοστό αναπηρίας και το χρονικό
διάστημα που ισχύει το πιστοποιητικό
- Βεβαίωση νοσηλείας
- Γνωμάτευση/έγκριση Α/θμιας Υγειονομικής
Επιτροπής

(σχολείο)

Αριθμ Πρωτ.:/ ____ - ____ - ____

Διαβιβάζεται στη Δ/νση Π.Ε. Ηλείας

Ο/Η Δ/ντ /Προϊσταμεν

(Ονοματεπώνυμο/Υπογραφή)

.....

Ο Αιτών /Η Αιτούσα

.....