

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΚΛΑΔΟΣ:

Α.Μ. :

ΣΧΟΛΕΙΟ/Α ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:

.....

.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚ/ΝΙΑΣ:

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

.....

Email:

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

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **αναρρωτική
άδεια** (.....) ημερών από
...../...../..... έως και/...../..... .

Επισυνάπτω:

- Ιατρική γνωμάτευση

ή

- Υπεύθυνη Δήλωση (κατά το άρθρο 55 παρ. 2 του Υ.Κ.,Ν. 3528/07 χορήγηση αναρρωτικών αδειών- αρ. ΔΙΔΑΔ/Φ.51/538/12254/14-5-2007 εγκύκλιος του ΥΠΕΣΔΔΑ)

(σχολείο)

Αριθμ Πρωτ.:/ ____ - ____ - ____

Διαβιβάζεται στη Δ/νση Π.Ε. Ηλείας

Ο/Η Δ/ντ / Προϊσταμεν

(Ονοματεπώνυμο/Υπογραφή)

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση αναρρωτικής άδειας»

....., __/__/__

Ο Αιτών /Η Αιτούσα

.....