

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΚΛΑΔΟΣ:

Α.Μ. :

ΣΧΟΛΕΙΟ/Α ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:

.....

.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚ/ΝΙΑΣ:

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

.....

Email:

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας ασθένειας
τέκνου »

....., __/__/__

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

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια**
ασθένειας τέκνου διάρκειας (.....)
ημέρας/-ών από...../...../..... έως και
...../...../..... .

Επισυνάπτω:

- Ιατρική γνωμάτευση
- Υπεύθυνη δήλωση σχετικά με τον αριθμό των ημερών ήδη χορηγηθείσας άδειας ασθένειας τέκνου τόσο στον/στην αιτούντα/σα όσο και στον/στην σύζυγο

(σχολείο)

Αριθμ Πρωτ.:/ ____ - ____ - ____

Διαβιβάζεται στη Δ/νση Π.Ε. Ηλείας

Ο/Η Δ/ντ /Προϊσταμεν

.....

(Ονοματεπώνυμο/Υπογραφή)

Ο Αιτών /Η Αιτούσα

.....