|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** |  | **ΠΡΟΣ** |
|  |  | Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια απουσίας διάρκειας ………..…..( ) ημερ…...,  από …. / …. / …… μέχρι …. / …. / …… λόγω ασθενείας του ανήλικου τέκνου μου, σύμφωνα με την ιατρική βεβαίωση που επισυνάπτω.  Επιπλέον, δηλώνω υπεύθυνα ότι μέχρι σήμερα ημερομηνία, έχουμε κάνει χρήση άδειας ασθενείας τέκνων (….) ημερ……, από τις ….. ημέρες της από κοινού αδείας που δικαιούμαστε με τον/τη σύζυγό μου. |
| **Επώνυμο** |  |
|  |  |
| **Όνομα** |  |
|  |  |
| **Πατρώνυμο** |  |
|  |  |
| **Κλάδος / Ειδικότητα** |  |
|  |  |
| **Αριθμός Μητρώου Εκπαιδευτικού**  (**ΑΦΜ για αναπληρωτές/ωρομίσθιους)** |  |
|  |  |
| **Σχολείο οργανικής θέσης** |  |
|  |  |
| **Σχολείο που υπηρετώ** |  |
|  |  |
| **Έτη Υπηρεσίας** |  |
|  |
| **Σταθερό / Κινητό τηλέφωνο** |
|  |  |
| **Διεύθυνση κατοικίας** |  |
|  |  |
| **Πόλη / ΤΚ** |  |
| **Θέμα**:  **Χορήγηση άδειας** **ασθένειας τέκνου**  **Τόπος / Ημερομηνία**                      ,         /         /           / | Ο/Η αιτών/αιτούσα  Υπογραφή | |
|  |  | |