|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** |  | **ΠΡΟΣ** |
|  |  | Παρακαλώ να μου χορηγήσετε αναρρωτική άδεια απουσίας διάρκειας ( ) ημερ ,  από / / μέχρι / / λόγω        Συννημένα υποβάλω:  1  2  3  4 |
| **Επώνυμο** |  |
|  |  |
| **Όνομα** |  |
|  |  |
| **Πατρώνυμο** |  |
|  |  |
| **Κλάδος / Ειδικότητα** |  |
|  |  |
| **Αριθμός Μητρώου Εκπαιδευτικού**  (**ΑΦΜ για αναπληρωτές/ωρομίσθιους)** |  |
|  |  |
| **Σχολείο οργανικής θέσης** |  |
|  |  |
| **Σχολείο που υπηρετώ** |  |
|  |  |
| **Έτη Υπηρεσίας** |  |
|  |
| **Αρ. Αναρρωτικών αδειών 5ετίας** |
|  |  |
| **Αρ. Αναρρωτικών αδειών τρέχοντος έτους** |  |
|  |
| **Σταθερό / Κινητό τηλέφωνο** |  |
|  |  |
| **Διεύθυνση κατοικίας** |  |  |
|  |
| **Πόλη/Τ.Κ.** | Ο/Η αιτών/αιτούσα  Υπογραφή | |
|  |
| **Θέμα**:  **Χορήγηση αναρρωτικής άδειας**  **Τόπος / Ημερομηνία**                      ,         /         /           / |  | |
|  |  | |
|  |  | |