|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  |  | **ΠΡΟΣ**     |
|  |  |  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε αναρρωτική άδεια απουσίας διάρκειας ( ) ημερ , από / / μέχρι / / λόγω                                                                                                                                                                                                                                                                Συνημμένα υποβάλω:1                                                                                  2                                                                                 3                                                                                 4                                                                                   |
| **Επώνυμο** |  |
|  |  |
| **Όνομα** |  |
|  |  |
| **Πατρώνυμο** |  |
|  |  |
| **Κλάδος / Ειδικότητα** |  |
|  |  |
| **Αριθμός Μητρώου Εκπαιδευτικού** (**ΑΦΜ για αναπληρωτές/ωρομίσθιους)** |  |
|  |  |
| **Ημ. Πρόσληψης** |  |
|  |  |
| **Σχολείο που υπηρετώ** |  |
| 🞎 Εξειδικευμένη 🞎 Εξατομικευμένη. 🞎 Ενισχυτική 🞎 Μουσικοί |  |
| **Τύπος Πρόσληψης** |  |
|  |
| **Αρ. Αναρρωτικών αδειών τρέχοντος έτους** |
|  |  |
| **Σταθερό / Κινητό τηλέφωνο** |  |
|  |
| **Διεύθυνση κατοικίας** |  |
|  |  |
| **Πόλη/Τ.Κ.** |  |  |
|  |
| **Θέμα**:  **Χορήγηση αναρρωτικής άδειας** **Τόπος / Ημερομηνία**                      ,         /         /           / | Ο/Η αιτών/αιτούσαΥπογραφή |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |