ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ………………………………………………

ΟΝΟΜΑ: ………………………………………………….

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ………………………………………….

ΚΛΑΔΟΣ: ………………………………………………….

ΟΡΓΑΝΙΚΗ: ……………………………………………….

ΥΠΗΡΕΤΕΙ: ………………………………………………

«Χορήγηση Αναρρωτικής Άδειας … ημερών»

Θεσσαλονίκη .. …/….. /202…..

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ακριβή Δ/νση ανάρρωσης:

………………………………………………………………………

Δηλούμενη πάθηση:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Συνολικός χρόνος υπηρεσίας:……………………………..

Βραχυχρόνιες άδειες που έλαβε κατά το τρέχον έτος:……………………………………………………………………

1. Με Υ.Δ. (…..)……………………………..….ημέρες
2. Με ιατρική γνωμάτευση (…..)….……ημέρες
3. Με ελεγκτή ιατρό (….)……………….….ημέρες
4. Με βεβαίωση Νοσοκ.(…..) ……...…….ημέρες

Θεσσαλονίκη ….../ ….. /202 …..

Η Διευθύντρια του Σχολείου

…………………………………………

ΠΡΟΣ

Τη Διευθύντρια του 1ου ΕΝ.Ε.Ε.ΓΥ.-Λ. Αν. Θεσσαλονίκης

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε αναρρωτική άδεια (….) ………………ημερών , από …/…/…. διότι …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Ο/η αιτ…