**ΑΙΤΗΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ:…………………………………

ΟΝΟΜΑ:……………………………………..

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:………………………………

ΚΛΑΔΟΣ:………………………………….. ..

ΥΠΗΡΕΤΕΙ:………………………………….

(Χορήγηση άδειας ασθένειας τέκνου)

Θεσσαλονίκη ………/……../ 202…….

 **ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

Βεβαιώνονται τα παρακάτω στοιχεία του

Υπαλλήλου:

Συνολικός χρόνος υπηρεσίας:……………..

Έλαβε άδεια ασθένειας τέκνου κατά το ίδιο έτος:

(…….) ………………………….... ημερών

Κρίνεται ή δεν κρίνεται απαραίτητη η χορήγηση της άδειας

Θεσσαλονίκη …/ ……./ 202…..

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ



**ΠΡΟΣ:**

**Διευθύντρια 1ου ΕΝ.Ε.Ε.ΓΥ.-Λ. Ανατολικής Θεσσαλονίκης**

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

Ο/Η ΑΙΤ……………