ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ………………………………………………

ΟΝΟΜΑ: ………………………………………………….

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ………………………………………….

ΚΛΑΔΟΣ: ………………………………………………….

ΟΡΓΑΝΙΚΗ: ……………………………………………….

ΥΠΗΡΕΤΕΙ: ………………………………………………

«Χορήγηση ειδικής άδειας απώλειας συγγενικού προσώπου »

Θεσσαλονίκη .. ..…/…….. /202..…..

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ειδικές άδεις απώλειας συγγενικού προσώπου που έλαβε κατά το τρέχον έτος:

…………………………………………………………………………

Θεσσαλονίκη ….../ ….. /202 …..

Η Διευθύντρια του Σχολείου

…………………………………………

(σφραγίδα-υπογραφή)

ΠΡΟΣ

Τη Διευθύντρια του 1ου ΕΝ.Ε.Ε.ΓΥ.-Λ.

Αν. Θεσσαλονίκης

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε ειδική άδεια (….) ………………………….. ημερών , από ……/……/……. λόγω απόλειας ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Ο/η αιτ…