**ΑΙΤΗΣΗ**

|  |
| --- |
|  |
| ΕΠΩΝΥΜΟ |
| ΟΝΟΜΑ |
| ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ |
| ΚΛΑΔΟΣ-ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ |
|  |
| ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΜΟΝΙΜΟΣ-ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ-ΩΡΟΜΙΣΘΙΟΣ) |
|  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ Ή ΑΦΜ |
| ΣΧΟΛΕΙΟ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ |
|  |
| ΣΧΟΛΕΙΟ ΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ |
|  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ |
|  |
| ΤΚ/ΠΟΛΗ |
|  |
| ΣΤΑΘΕΡΟ/ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ |
| e-mail |

**ΘΕΜΑ: Χορήγηση αναρρωτικής άδειας ..… ημερ…..**

………………………….…………………, ………/………../……………….

(ΤΟΠΟΣ - ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ)

**ΠΡΟΣ**

**Δ.Δ.Ε. Λακωνίας**

(μέσω του του/της Διευθυντή/ντριας)

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε αναρρωτική άδεια ………………………………… (………) ημερ…….. από ….../……/..……… μέχρι και …..…/….…/………

Δηλώνω υπεύθυνα ότι :

1. Το σύνολο των ημερών αναρρωτικής άδειας κατά την τελευταία ημερολογιακή πενταετία συμπεριλαμβανομένου του τρέχοντος ημερολογιακού έτους είναι:

…………………………… (……) μέρες

1. Το σύνολο των ημερών αναρρωτικής άδειας κατά το τρέχον ημερολογιακό έτος είναι:

 ………………… (……) μέρες

Συνημμένα:

(σημειώστε Χ στα τετραγωνίδια που σας αφορούν)

🗆 Υπεύθυνη δήλωση άρθρου 8 Ν. 1599/1986 του εκπαιδευτικού για την ασθένεια

🗆 Γνωμάτευση του θεράποντα ιατρού

🗆 Γνωμάτευσης διευθυντή κλινικής δημοσίου νοσοκομείου/ υγειονομικής επιτροπής

Ο/Η αιτών/αιτούσα

…………………………………………………………………….

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ)