|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Προς:** |  |

 **Α Ι Τ Η Σ Η**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Επώνυμο |  |  | Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **αναρρωτική άδεια** απουσίας **….. (…) ημέρας/ών** από ............ έως ............ Συνοδευτικά σας προσκομίζω Υπεύθυνη Δήλωση και θα προσκομίσω σχετική ιατρική γνωμάτευση. |
| Όνομα |  |
| Πατρώνυμο |  |
| Κλάδος |  |
| Θέση Υπηρέτησης |  |
| Τηλέφωνο |  |
| e-mail |  |
| Οδός |  | Αρ. |  |
| Πόλη |  | Τ.Κ. |  |
|  |
| **ΘΕΜΑ: «Χορήγηση Αναρρωτικής Άδειας Αναπληρωτή/ώτριας Εκπαιδευτικού – Ε.Β.Π./Ε.Π.Π.»** |
| Κατερίνη, ............/....../20...(τόπος – ημερομηνία) |

|  |
| --- |
|  |
|  |  |
| Ο – Η Αιτών/ούσα |