**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"**

………………………….…………………, ………/………../……………….

(ΤΟΠΟΣ - ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ)

**Αρ. Πρωτ.: Φ. ………… /…………………..**

**ΠΡΟΣ**

**τον Διευθυντή του 1ου Γυμνασίου Σπάρτης**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **αναρρωτική άδεια** …………………..(…………….….) ημερών από.…………………………………….……………………………..

μέχρι.…………………………………….…………………………..

λόγω.…………………………………….…………………………..

.…………………………………….…………………………………..

Συνημμένη υποβάλλω **Ιατρική βεβαίωση** από**:**

Ιδιώτη ιατρό **□**

Δημόσιο φορέα **□**

Ο αιτών/ Η αιτούσα

…………………………………………………………………….

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ)