

ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο

Όνομα

Πατρώνυμο

Κλάδος / Ειδικότητα

Αριθμός Μητρώου Εκπαιδευτικού (ΑΦΜ για αναπληρωτές)

Σχολείο οργανικής

Σχολείο υπηρετήσης

Σταθερό / Κινητό τηλέφωνο

Διεύθυνση κατοικίας

Πόλη / ΤΚ

ΠΡΟΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ Ε.Κ. ΣΤΑΥΡΟΥΠΟΛΗΣ

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

Συνημμένα υποβάλλω:

(σημειώστε x στο ανάλογο τετραγωνίδιο)

- Υπεύθυνη δήλωση (άρθρο 8 Ν. 1599/1986)
- Γνωμάτευση θεράποντος ιατρού
- Γνωμάτευση διευθυντή κλινικής δημόσιου νοσοκομείου
- Εξιτήριο δημόσιου νοσοκομείου ή ιδιωτικής κλινικής

Ο/Η αιτών/αιτούσα

ΘΕΜΑ: Χορήγηση αναρρωτικής άδειας

Θεσσαλονίκη,/...../.....

Υπογραφή