**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** ………………………………………

**ΟΝΟΜΑ:** ………………………………………….

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** ………………………………….

**ΚΛΑΔΟΣ:** ………………………………………….

**Α.Μ. :** ………………………………………………

**ΣΧΟΛΕΙΟ/Α ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:** …………………..

………………………………………………………….

………………………………………………………….

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:** ……………………….… …………………………………………………….….

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚ/ΝΙΑΣ:** …………………………………………………………

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:** ………………………………………………………..

**Email:** ……………………………………………..

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση αναρρωτικής άδειας»**

……………………….., \_\_ /\_\_ /\_\_

**ΠΡΟΣ:** Τη Δ/νση του ..…Δ.Σ/….Νηπ/γείου …………………………

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

Επισυνάπτω:

* Ιατρική γνωμάτευση **□**

**ή**

* Υπεύθυνη Δήλωση (κατά το άρθρο 55 παρ. 2 του Υ.Κ.,Ν. 3528/07 χορήγηση αναρρωτικών αδειών- αρ. ΔΙΔΑΔ/Φ.51/538/12254/14-5-2007 εγκύκλιος του ΥΠΕΣΔΔΑ) **□**

*(σχολείο)* …………………………………………………………….

**Αριθμ Πρωτ.: …......../** \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

**Διαβιβάζεται στη Δ/νση Π.Ε. Ηλείας**

**Ο/Η Δ/ντ ……..… /Προϊσταμεν ……….**

*(Ονοματεπώνυμο/Υπογραφή)*

**Ο Αιτών /Η Αιτούσα**

**…………………………………………**