**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** ………………………………………

**ΟΝΟΜΑ:** ………………………………………….

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** ………………………………….

**ΚΛΑΔΟΣ:** ………………………………………….

**ΣΧΟΛΕΙΟ/Α ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:** …………………..

………………………………………………………….

………………………………………………………….

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

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

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

**Email:** ……………………………………………..

**ΘΕΜΑ: «Έγκριση απουσίας μίας (1) ημέρας για λόγους ανωτέρας βίας»**

 ……………………….., \_\_ /\_\_ /\_\_

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

**………………………………………………………………..**

Παρακαλώ να μου εγκρίνετε απουσία για μία (1) εργάσιμη ημέρα με αποδοχές στις ….../ ……./…………. για λόγους ανωτέρας βίας που συνδέονται με επείγον οικογενειακό ζήτημα (ασθένεια ή ατύχημα τέκνου ή άλλου συγγενικού προσώπου, όπως ορίζει το άρθρο 26 του Ν.4808/2021).

Επισυνάπτω:

* Ιατρική γνωμάτευση νοσοκομείου ή θεράποντος ιατρού □

*(σχολείο)* …………………………………………………………….

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

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

 **Ο/Η Δ/ντ ……..… /Προϊσταμεν ……….**

*(Ονοματεπώνυμο/Υπογραφή)*

 **……………………………………………**

**Ο Αιτών/ Η Αιτούσα**

**…………………………………………**