**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** ………………………………………

**ΟΝΟΜΑ:** ………………………………………….

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** ………………………………….

**ΚΛΑΔΟΣ:** ………………………………………….

**Α.Μ.:** ………………………………………………..

**ΣΧΟΛΕΙΟ/Α ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:** …………………..

………………………………………………………….

………………………………………………………….

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

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

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

**Email:** ……………………………………………..

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση ειδικής άδειας**

**νοσήματος»**

……………………….., \_\_ /\_\_ /\_\_

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

**………………………………………………………………..**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **ειδική άδεια** **νοσήματος** διάρκειας ………………….. (……..) ημερών από ….../ ……./………….. έως και ….../……./…………..

Επισυνάπτω:

* Πιστοποιητικό από Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α), όπου αναγράφεται το ποσοστό αναπηρίας και το χρονικό διάστημα που ισχύει το πιστοποιητικό □
* Βεβαίωση νοσηλείας □
* Γνωμάτευση/έγκριση Α/θμιας Υγειονομικής Επιτροπής □

*(σχολείο)* …………………………………………………………….

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

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

 **Ο/Η Δ/ντ ……..… /Προϊσταμεν ……….**

*(Ονοματεπώνυμο/Υπογραφή)*

 **……………………………………………**

**Ο Αιτών /Η Αιτούσα**

**…………………………………………**