**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** ………………………………………

**ΟΝΟΜΑ:** ………………………………………….

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** ………………………………….

**ΚΛΑΔΟΣ:** ………………………………………….

**ΣΧΟΛΕΙΟ/Α ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:**…………………..

………………………………………………………….

………………………………………………………….

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

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

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

**Email:** ……………………………………………..

**ΘΕΜΑ:«Χορήγησηάδειας αναπηρίας»**

……………………….., \_\_ /\_\_ /\_\_



**ΠΡΟΣ: τη Δ/νσητου ….Δ.Σ/…..Νηπ/γείου**

**………………………………………………………………..**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε**άδεια αναπηρίας** διάρκειας …………….. (……..) ημερ…… 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

**Ο Αιτών /Η Αιτούσα**

**…………………………………………**

*(σχολείο)* …………………………………………………………….

**ΑριθμΠρωτ.: …......../** \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

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

**Ο/Η Δ/ντ ……..… /Προϊσταμεν ……….**

*(Ονοματεπώνυμο/ Σφραγίδα /Υπογραφή)*

**……………………………………………**