**ΑΙΤΗΣΗ**

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Σχέση Εργασίας: ………………………………

Εκπαιδευτικός κλάδου:

ΑΜ εκπαιδευτικού: …………………………….

Σχολείο οργανικής θέσης: ..

 ..

Σχολείο που υπηρετεί: ..

 ..

Τηλέφωνο: ..

e-mail:…………………………………………..

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση αναρρωτικής άδειας»**

(τόπος, ημερομηνία)

**Προς**

**………………………………….**

(Σχολική μονάδα)

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε αναρρωτική άδεια διάρκειας ….…………... ( ) ημερ…...,

από …. / …. / …… μέχρι …. / …. / …… λόγω …………………………..……………………………………………………...………………………………………………...………………………………

συνημμένα υποβάλω (επιλέξτε) :

 Ιατρική γνωμάτευση

 Υπεύθυνη δήλωση

……. ΑΙΤ…….

………………………………………………………

(υπογραφή εκπαιδευτικού)