**ΑΙΤΗΣΗ**

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

ΑΜ Εκπ/κου: ……………………………………….

Κλάδος:

Σχολείο οργανικής: ..

Σχολείο που υπηρετεί: ……………………………..

Δ/νση κατοικίας/ Πόλη: ..

οδός ..

Τηλέφωνο: ..

e-mail:……………………………………………….

**Προς:** ………………………………………….

 (Σχολική μονάδα)

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

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

**Συνημμένα υποβάλλω**

……………………………………………..

…………………………………………….

……………………………………………..

*……………………………………. ο/η Αιτών/ουσα*

 *(Τόπος, ημερομηνία)*

 *Υπογραφή*

Σημείωση: στον υπάλληλο που είναι ασθενής ή χρειάζεται να αναρρώσει, χορηγείται αναρρωτική άδεια με αποδοχές **τόσων μηνών όσων είναι τα έτη υπηρεσίας του**, από την οποία αφαιρείται από το σύνολο των αναρρωτικών αδειών που τυχόν έχει λάβει μέσα στην προηγούμενη πενταετία..