|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  Επώνυμο:…………………………………………  Όνομα:…....................................  Όνομα πατέρα:…………………………………  Όνομα μητέρας:………………………………  Κλάδος:……………………………………………  Δ/νση κατοικίας:…………………….........  Τηλ. κατοικίας:…………………………………  Κινητό τηλ.:…………………………………….  Email: ……………………………………………..  **ΓΙΑ ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ : ΜΟΝΙΜΟΙ / ΙΔΑΧ**    Μόνιμος αποσπασμένος ……………...........  Μόνιμος στη διάθεση………………………………  Μόνιμος σε οργανική……………………………..  Διάθεση από Δευτεροβάθμια(πλήρης….)-(μερική...)  Σχολείο που έχει οργανική………………….…  Σχολείο/α που υπηρετεί ……………………….  …….………………………………………………..………  **ΘΕΜΑ:«Χορήγηση αναρρωτικής**  **άδειας με ιατρική γνωμάτευση»**  ………………………………………………………..  *(τόπος) (ημερομηνία)* | **ΠΡΟΣ:**  **Τη Διεύθυνση Π.Ε. Νομού ΛΑΣΙΘΙΟΥ**  Δια του Διευθυντή/ντριας – Προϊσταμένου/νης  του ………………………………………………………………..  *(ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ)*  Αριθμ.Πρωτ.Σχολείου: ………….  Ημερομηνία : …………………………      Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **αναρρωτική άδεια** ***(\*τεσσάρων ημερών και άνω)*** ………………………………………… ( ) ημερ..….. από ..……/………/…………. έως και ………/………/………….., σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 54,55 και 56 του Υ.Κ., όπως αντικαταστάθηκαν από το Ν.4210/2013.   * Συνημμένα σας υποβάλλω σχετική ιατρική γνωμάτευση για να διαβιβαστεί στην Α’/θμια Υγειονομική Επιτροπή.   Ο/Η Αιτ.......  ................................ |
|  |  |