|  |  |
| --- | --- |
| **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. ΛΑΣΙΘΙΟΥ** Δια του Διευθυντή/ντριας – Προϊσταμένου/νηςτου ……………………………………………………………….. *(ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ)*Αριθμ.Πρωτ.Σχολείου: ………….Ημερομηνία : …………………………   Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **αναρρωτική άδεια** ***(\*έως και τρεις ημέρες)*** ………………………………………… ( ) 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.

 Ο/Η Αιτ....... ................................ |
|  |  |