|  |  |
| --- | --- |
| **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 άδειας απουσίας για ασθένεια τέκνου»**  **»**  …………………………………………………………  *(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 άδεια απουσίας ....................... (.....) ημερ..... και συγκεκριμένα από ...../...../……... έως και ....../….../….….., **για ασθένεια του ανήλικου τέκνου μου.**  Συνημμένα υποβάλω:   * σχετική ιατρική γνωμάτευση   Ο/Η Αιτ.......  ................................ |
|  |  |