|  |  |
| --- | --- |
| **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/νηςτου ……………………………………………………………….. *(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....................................... |
|  |  |