|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η** |  | **Π Ρ Ο Σ** |
| ΟΝΟΜΑ: ……………………………………………  ΕΠΩΝΥΜΟ: ……………………………………………  ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ……………………………………………  ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ: ……………………………………………  ΑΡ. ΑΣΤ. ΤΑΥΤ: ……………………………………………  ΚΛΑΔΟΣ: ……………………………………………  ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ……………………………………………  ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ: …………………………………………  ΣΧ.ΜΟΝ.ΥΠΗΡΕΤΕΙ:………………………………………  **ή** ΘΕΣΗ ΕΥΘΥΝΗΣ: ……………………………………….. |  | την **Περιφερειακή Διεύθυνση Π/θμιας & Δ/θμιας Εκπαίδευσης Ιονίων Νήσων**  Αλυκές Ποταμού 49150 Κέρκυρα |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:** |  | Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **αναρρωτική** άδεια …………….. (…) ημερ…  από: ………….. / ………… / 20………..  έως και : ………….. / ………… / 20………..  Συνημμένα, υποβάλλω ιατρική γνωμάτευση του/της θεράποντος ιατρού μου. |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ................................... ………………………………………………………………………  ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ............................................... |  |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΔΕΙΩΝ** |  |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ: ………….…………………  ΗΜΕΡΕΣ **ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗΣ** ΑΔΕΙΑΣ ΤΡΕΧΟΝΤΟΣ ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΑΚΟΥ ΕΤΟΥΣ: …………………………………………  ΗΜΕΡΕΣ **ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗΣ** ΑΔΕΙΑΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ: ……………………………………………………………. |  |
| **ΘΕΜΑ**:  «Χορήγηση **αναρρωτικής** άδειας» |  |  |
| Κέρκυρα, ....... / ......... / 20 ....... |  | Ο Αιτών / Η Αιτούσα  (υπογραφή) |
| Αριθμ. Συνημμένων: …………………………………….  (εφόσον υπάρχουν) |  |  |