|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 ΔιεύθυνσηΠ/θμιας & Δ/θμιας ΕκπαίδευσηςΙονίων 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) |  |  |