|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**Επώνυμο:…………………………………………Όνομα:….................................... Όνομα πατέρα:…………………………………Όνομα μητέρας:………………………………Κλάδος:……………………………………………Α.Φ.Μ.: ………………………………………….Δ/νση κατοικίας:…………………….........Τηλ. κατοικίας:…………………………………Κινητό τηλ.:…………………………………….Email: ……………………………………………..**ΓΙΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ / ΩΡΟΜΙΣΘΙΟΥΣ:**Αναπληρωτής ΠΛΗΡΟΥΣ………………...Αναπληρωτής ΕΣΠΑ-ΠΛΗΡΟΥΣ………..Αναπληρωτής ΕΣΠΑ-ΑΜΩ…………….…Αναπληρωτής ΠΔΕ …………………….….Ωρομίσθιος………………………………….…..Σχολείο/α που υπηρετεί……………….……………………………………………………….... **ΘΕΜΑ: Χορήγηση αναρρωτικής** **άδειας**………………………………………………………..*(τόπος) (ημερομηνία)*  | **ΠΡΟΣ****………………………………………………………………….****………………………………………………………………….**Αριθμ.Πρωτ.Σχολείου: ………….Ημερομηνία : ………………………… Παρακαλώ να μου χορηγήσετε σε εφαρμογή των άρθρων 657 και 658 του Α.Κ. (π.δ.456/1984) και του άρθρο 11 του ν.2874/2000 **αναρρωτική άδεια** (\*έως τρεις ημέρες) ……………….………… ( ) ημερών και συγκεκριμένα από ...../...../……. έως και ....../...../…………..Συνημμένα υποβάλω:* Ιατρική γνωμάτευση
* ……………………………

 Ο/Η αιτ…… ................................ |
|  |  |

**ΠΡΟΣΟΧΗ! ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΕΔΩ ΤΟ ΣΩΣΤΟ ΛΟΓΟΤΥΠΟ ΕΣΠΑ**