|  |  |
| --- | --- |
| **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**