

Α Ι Τ Η Σ Η

Επώνυμο:.....

Όνομα:.....

Όνομα Πατρός:.....

Σχέση Εργασίας:

Α.Μ.(για μόνιμους):

Α.Φ.Μ (για αναπληρωτές):.....

Εκπαιδευτικός Κλάδου:.....

Σχολείο οργανικής θέσης:.....

.....

Σχολείο που υπηρετεί:

.....

Δ/ση κατοικίας:

.....

Τηλέφωνο:.....

e-mail:.....

Προς
τον κ. Διευθυντή του 4ου Γυμνασίου
Αχαρνών

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε αναρρωτική
άδεια διάρκειας (...) ημερ.....,
από / / μέχρι / / λόγω

.....

.....

.....

Συνημμένα υποβάλλω Ιατρική γνωμάτευση
από

.....

.....

..... ΑΙΤ.....

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση αναρρωτικής άδειας»

(με Ιατρική γνωμάτευση)

.....
(υπογραφή εκπαιδευτικού)

Αχαρνές, / / 202...
(τόπος, ημερομηνία)