|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** | | **ΠΡΟΣ** | |
| **Προσωπικά Υπηρεσιακά Στοιχεία**  (Συμπληρώνονται υποχρεωτικά όλα τα στοιχεία) | | **(όνομα σχολικής μονάδας)** | |
| Επώνυμο: |  | Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια ασθένειας τέκνου ……………… ημέρας/ημερών στις/από ……………………………………………………………….  Επισυνάπτω ιατρική γνωμάτευση.  Αριθμός **ανήλικων** τέκνων:………….. | |
| Όνομα: |  |
| Όνομα Πατέρα: |  |
| Κλάδος: |  |
| Λεκτικό κλάδου: |  |
| ΦΕΚ και Ημερ. Διορισμού: |  |
| Αριθμός Μητρώου: |  |
| Α.Φ.Μ.: |  |
| Σχολείο Οργανικής: |  |
| Σχολείο Υπηρέτησης: |  |
| Θέση στην υπηρεσία: |  |
| Οδός – Αριθμός: |  |
| Πόλη: |  |
| Τ.Κ.: |  |
| Τηλέφωνο Σταθερό: |  |
| Τηλέφωνο Κινητό: |  |
| Email: |  | |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ….…/……/202….. | | Ο/Η Αιτών/ούσα  (Υπογραφή) | |

**ΘΕΜΑ:** *«Χορήγηση …………………………………………..»*