|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** | | **ΠΡΟΣ** |
| **Προσωπικά Υπηρεσιακά Στοιχεία**  (Συμπληρώνονται υποχρεωτικά όλα τα στοιχεία) | |  |
| 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: |  |
| Α.Φ.Μ.: |  |
| Οδός – Αριθμός: |  |
| Πόλη: |  |
| Τ.Κ.: |  |
| Τηλέφωνο Σταθερό: |  |
| Τηλέφωνο Κινητό: |  |
| E-mail: |  |
| Σχολείο Υπηρέτησης: |  |
| Σχολείο/α διάθεσης: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, …./…./ 202… | Ο/Η Αιτών/ούσα  (Υπογραφή) |
| (Τόπος, ημερομηνία) |

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