|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ΑΙΤΗΣΗ | ΠΡΟΣ1ο ΕΠΑΛ ΚιλκίςΕνταύθα |
| του/της………………………………………….του (πατρώνυμο) …………………………….κλάδου ………………………………………...ανήκει οργανικά …………………………………………………………………………............υπηρετεί …………………………….……………………………………………………...........ΑΜ …………………………………………….Βαθμός …………… ΜΚ ……………………..Δ/νση κατοικίας ………………………………………………………………………………….Τηλέφωνο κατοικίας …………………………Τηλέφωνο κινητό …………………………….**Θέμα: Χορήγηση αναρρωτικής άδειας****………………… ημερ…. με:****○ Γνωμάτευση Νοσοκομείου****○ Ιατρική Γνωμάτευση****○ Υπεύθυνη Δήλωση**Κιλκίς, …………………………...-20... | Παρακαλώ να μου χορηγήσετε αναρρωτική άδεια …………… ημερ…. από ………………….. έως …………………….. Συνημμένως υποβάλλω○ Γνωμάτευση Νοσοκομείου○ Ιατρική Γνωμάτευση○ Υπεύθυνη Δήλωση |
|  |  **ΥΠΕΥΘΥΝΗ** **ΔΗΛΩΣΗ**Συνολ. χρόνος πραγματικής υπηρεσίας Έτη ……… Μήνες …...... Ημέρες ………Ο/Η αιτ…… |