**Α Ι Τ Η Σ Η**

**Ατομικά Στοιχεία**

Επώνυμο: ........................................................

Όνομα: .......................................................

Όνομα πατέρα: ................................................

Όνομα μητέρας: ..............................................

Δ/νση κατοικίας: ..............................................

 .........................Τ.Κ. .............

Τηλέφωνα επικοινωνίας:

(σταθερό) ..........................................................

(κινητό) ..............................................................

Δ/νση ηλεκτρ. ταχυδρομείου (e mail):

...........................................................................

**Υπηρεσιακά στοιχεία**

Α.Μ. ............................................

Ειδικότητα: ........................................................

Κλάδος: ΠΕ ...........

Οργανική Θέση:

............................................................................

Θέση Υπηρέτησης:

............................................................................

**Θέμα: «Χορήγηση αναρρωτικής άδειας»**

................................., ..... / ...... / 20 ........

**ΠΡΟΣ:** τον κ.Διευθυντή

 της Διεύθυνσης

 Α/θμιας Εκπ/σης Αρκαδίας

 28ης Οκτωβρίου 29 (3ος όροφος),

 Τρίπολη

 22131-ΤΡΙΠΟΛΗ

 Σάς παρακαλώ να μου χορηγήσετε **αναρρωτική άδεια** …………………... (…….) ημερών για το χρονικό διάστημα από ….. / .…. / 20…. έως και ..… / ..… / 20….., σύμφωνα με την συνημμένη ιατρική βεβαίωση.

Ο/Η Αιτών/ούσα

.............................................. (Ονοματεπώνυμο)