**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.Φ.Μ. ..........................................

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

Κλάδος: ΠΕ ...........

Θέση Υπηρέτησης:

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

**Τύπος Υπηρέτησης προσ. αναπλ. εκπ/κού:**

Προσ. αναπλ. εκπ/κός τακτικού προϋπολογισμού □

Προσ. αναπλ. εκπ/κός Π.Δ.Ε. □

**Θέμα: «Χορήγηση άδειας ασθένειας τέκνου»**

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

**ΠΡΟΣ:** κ. Προϊσταμεν…/Διευθυντ……

 τ... …. Νηπιαγωγείου/Δημ. Σχολείου

 ………………………

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

Ο/Η Αιτών/ούσα

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