**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΠΡΟΣ**

**ΑΜ**

**Επώνυμο**

**Όνομα**

**Παρακαλώ να**

 Παρακαλώ να μου χορηγήσετε αναρρωτική άδεια ……………….. ημερών από ……………………. μέχρι και ………………………………………………………

 Συνημμένα υποβάλλω ιατρική γνωμάτευση / υπεύθυνη δήλωση

**Πατρώνυμο**

**Μητρώνυμο**

**Κλάδος**

**Ειδικότητα**

**Οργ. Θέση**

**Υπηρέτηση**

**Διεύθυνση**

**Τηλ. Κινητό**

**Τηλ. Σταθερό**

**e-mail**

**Θέμα**

**«Χορήγηση αναρρωτικής άδειας»**

**Ημερομηνία**

 Ξάνθη ………….. / ………….. / 20……..

 **Ο/Η Αιτών / ούσα**

 **(Υπογραφή)**