

Α Ι Τ Η Σ Η

ΘΕΜΑ: Χορήγηση αναρρωτικής άδειας

Αρ. Μητρώου υπαλλήλου:

Επώνυμο:

Όνομα:.....

Πατρώνυμο:

Σχέση Εργασίας: ΜΟΝΙΜΟΣ

Κλάδος:

Υπηρεσία:

Τηλ.:

Email:

Συνημμένα Δικαιολογητικά:

(επιλέγονται κατά περίπτωση)

1. Ιατρική γνωμάτευση	
2. Υπεύθυνη δήλωση για χορήγηση αναρρωτικής άδειας (έως μία (1) ημέρα κάθε φορά και όχι περισσότερες από δύο (2) ημέρες το χρόνο)	

Προς (α) τη Γραμματεία της Σχολής.....

.....
(β) Διεύθυνση Διοικητικού - Τμήμα Ε.Τ.Ε.Π. Ε.Μ.Π.

(για μέλη ΕΤΕΠ που δεν ανήκουν σε Σχολή)

Με την παρούσα αιτούμαι τη χορήγηση:

Αναρρωτικής άδειας με γνωμάτευση θεράποντος ιατρού (άρθρο 54-56 του ΥΚ)	
Αναρρωτικής άδειας με υπεύθυνη δήλωση (άρθρο 55 παρ. 2 του ΥΚ)	

από έως

(ημ/νία έναρξης άδειας) (ημ/νία λήξης άδειας)

Ο/Η αιτών/ούσα

.....

Ημερομηνία,