

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΘΕΜΑ:** Χορήγηση αναρρωτικής άδειας

**Αρ. Μητρώου υπαλλήλου:** .....

**Επώνυμο:** .....

**Όνομα:**.....

**Πατρώνυμο:** .....

**Σχέση Εργασίας:** **ΜΟΝΙΜΟΣ / ΙΔΑΧ**.....

**Κλάδος/Ειδικότητα:** .....

**Υπηρεσία:** .....

**Τηλ.:** .....

**Email:** .....

**Δ/ση κατοικίας:** .....

**A.M.A.:** .....

**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 τη Διεύθυνση Διοικητικού**

**Τμήμα Διοικητικού Προσωπικού Ε.Μ.Π.**

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, .....