

**Α Ι Τ Η Σ Η**

**ΘΕΜΑ:** Χορήγηση άδειας ασθένειας τέκνου

**Αρ. Μητρώου υπαλλήλου:** .....

**Επώνυμο:** .....

**Όνομα:**.....

**Πατρώνυμο:** .....

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

**Κλάδος/Ειδικότητα:** .....

**Υπηρεσία:** .....

**Τηλ.:** .....

**Email:** .....

**Συνημμένα Δικαιολογητικά:**

(επιλέγονται κατά περίπτωση)

1. Γνωμάτευση θεράποντος ιατρού του τέκνου	
2. Άλλο	

**Προς τη Διεύθυνση Διοικητικού**

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

Με την παρούσα αιτούμαι τη χορήγηση άδειας λόγω ασθένειας τέκνου (άρθρο 53 παρ. 8 του ΥΚ) ως εξής:

Άδεια τεσσάρων (4) ημερών λόγω ασθένειας ανήλικου τέκνου	
Άδεια επτά (7) ημερών λόγω ασθένειας ανήλικου τέκνου σε τρίτεκνους γονείς	
Άδεια δέκα (10) ημερών λόγω ασθένειας ανήλικου τέκνου σε πολύτεκνους γονείς	
Άδεια οκτώ (8) ημερών λόγω ασθένειας ανήλικου τέκνου σε μονογονείς	

από ..... έως .....

(ημ/νία έναρξης άδειας)

(ημ/νία λήξης άδειας)

Ο/Η αιτών/ούσα

.....

Ημερομηνία, .....