**Α Ι Τ Η Σ Η**

**ΘΕΜΑ: Xορήγηση αναρρωτικής άδειας**

**Αρ. Μητρώου υπαλλήλου: …………………………………**

**Επώνυμο: ……………………..………………………………**

**Όνομα:………………………………………………………….**

**Πατρώνυμο: …………………………………………………..**

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

**Κλάδος/Ειδικότητα: ………………………………………….**

**Υπηρεσία: ……………………………………………………..**

**Τηλ.: …………………………………………………………….**

**Email: …….……………………………………………………..**

**Δ/νση κατοικίας: ………………………………………………**

**Α.Μ.Α.: ………………………………………………………….**

**Συνημμένα Δικαιολογητικά:**

(επιλέγονται κατά περίπτωση)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Ιατρική γνωμάτευση
 |  |
| 1. 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, …………………….