|  |  |
| --- | --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η**  ΕΠΩΝΥΜΟ:…………………………………………..  ΟΝΟΜΑ: ……………………………………………..  ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:……………..……….……………  ΚΛΑΔΟΣ/ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ………………………………………..  ΒΑΘΜΟΣ:………………………Μ.Κ.:……………….  TΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ: ………………………………  TΗΛΕΦΩΝΟ ΚΙΝΗΤΟ: …………………………….. | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :………………… ……/ ….../ 20….  ΘΕΜΑ: «**………… ΑΔΕΙΑ** ……**ΗΜΕΡ**…….  **ΠΡΟΣ**  **ΔΗΜΟ……………….**  Γραφείο Προσωπικού  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε αναρρωτική άδεια …………………………. ημερών………………..  από…..……………… μέχρι …………………………...…  λόγω ……………………………………..  Συνημμένα:  □ Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού / Γνωμάτευση του διευθυντή κλινικής δημόσιου νοσοκομείου  □ Βεβαίωση του νοσηλευτικού ιδρύματος, στο οποίο πραγματοποιήθηκε η αιμοληψία.  □………………………………………….  … αιτ…  …………………………………………  (Υπογραφή ) |