|  |  |
| --- | --- |
| **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 ) |