ΑΙΤΗΣΗ

Αναπληρωτή-τριας

Επώνυμο……
…
Όνομα……
Πατρώνυμο……
.
Κλάδος……
Σχολεία που υπηρετώ ……
……
Δ/νση κατοικίας……
……
Τηλέφωνο……
……
email:……

ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟ ΤΗΛ. 2810-333770 ή 2810-333759

ΠΡΟΣ

Την Διεύθυνση Δ.Ε. Ηρακλείου.
(Δια του κ. Δ/ντή του……
……)

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **<u>αναρρωτική</u>** άδεια βάσει των άρθρων 657 & 658 του Α.Κ. και του Ν.4210 / 2013 (ΦΕΚ 254 / τ. Α / 21-11-2013)

…… ( ) ημερ..... και συγκεκριμένα από ...../...../..... έως και ...../...../.....

<u>Συνοδευτικά υποβάλλω</u>:

- Ιατρική γνωμάτευση

ΘΕΜΑ: Χορήγηση **<u>αναρρωτικής</u>** άδειας
(για αναπληρωτές)

1.Χορηγηθείσα αναρρωτική άδεια τρέχοντος διδακτικού έτους:
……ημέρ…….

Ημερομηνία:……

…… Αιτ……

<u>ΣΗΜΕΙΩΣΗ:</u> ΕΝΗΜΕΡΩΝΩ ΤΗΝ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΗΜΕΡΑ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης
ΕΣΠΑ 2021-2027
Πρόγραμμα Ανθρώπινο Δυναμικό και Κοινωνική Συνοχή
Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ Υ.ΠΑΙ.Θ.Α.