

ΑΙΤΗΣΗ

Αναπληρωτή-τριας

Επώνυμο:.....

Όνομα:

Πατρώνυμο :.....

Κλάδος :.....

Σχολεία που

υπηρετώ:.....

.....

Δ/νση κατοικίας :

.....

Τηλέφωνο :.....

Email :.....

ΘΕΜΑ: Χορήγηση αναρρωτικής άδειας
(για αναπληρωτές)

1.Χορηγηθείσα αναρρωτική άδεια τρέχοντος
διδακτικού έτους:

.....ημέρ.....

ΠΡΟΣ

Την Διεύθυνση Δ.Ε. Ηρακλείου.

(Δια του κ. Δ/ντή του.....
.....)

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

(**από τέσσερις ημέρες και πάνω)

() ημερών και συγκεκριμένα από / /
έως και / / .

Συνοδευτικά υποβάλλω:

1.Ιατρική βεβαίωση

2.Θα προσκομίσω απόφαση του αρμόδιου
τμήματος Παροχών Ασθενείας του ΕΦΚΑ
σχετικά με τη χορήγηση επιδόματος ασθενείας.

Ημερομηνία / / 2025

Ο/Η Αιτών/ούσα

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

ΕΝΗΜΕΡΩΝΩ ΤΗΝ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ
ΠΡΩΤΗ ΗΜΕΡΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟ ΤΗΛ.

2810-333770 ή 2810-333759