**ΠΡΟΣ**

**Το Δ/ντη-ντρια Προϊστάμενο/νη Σχολικής Μονάδας**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε ειδική άδεια (νοσήματος) …………… ημερών από ………………… μέχρι και …………………

*Σας επισυνάπτω:*

* *Ιατρική Γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού.*

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**……………………………………….

**ΟΝΟΜΑ:**…………………………………………….

**ΟΝ.ΠΑΤΡΟΣ:**…………………………………….

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**………………………………….

**ΣΧΟΛΕΙΟ ΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ:**………………….

………………………………………………

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**……………………….

……………………………………………………………

**ΠΟΛΗ:**……………………………………………….

**Τ.Κ.:**…………………………………………………..

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**…………………………………….

 Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

 ……………………………………

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση ειδικής άδειας**

 **(νοσήματος) »**

ΛΑΜΙΑ: …………………………………………