**ΠΡΟΣ**

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

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια αναπηρίας (ν.4674/2020) …………… ημερών από …………………έως και …………………

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**……………………………………….

**ΟΝΟΜΑ:**…………………………………………….

**ΟΝ.ΠΑΤΡΟΣ:**…………………………………….

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**………………………………….

**ΣΧΟΛΕΙΟ ΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ:**……………………............

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**……………………….

……………………………………………………………

**ΠΟΛΗ:**……………………………………………….

**Τ.Κ.:**…………………………………………………..

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**…………………………………….

 Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

 ……………………………………

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας αναπηρίας**

 **(ν.4674/2020»**

ΛΑΜΙΑ: …………………………………………