|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Αίτηση χορήγησης αναρρωτικής άδειας****Α. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**Επώνυμο:…………………………………………………Όνομα:…………………………………………………….Όνομα Πατρός:……………………………………….Ειδικότητα:……………………………………………..Δ/νση κατοικίας………………………………………Τ.Κ.………………………………………………………….Πόλη ……………………………………………………….Τηλ………………………………………………………….Email:………………………………………………………ΔΣ που υπηρετεί:……..……………………………**Β. ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Αναπληρωτής Ε.Σ.Π.Α. πλήρους απασχόλησης |
|  | Αναπληρωτής Ε.Σ.Π.Α μειωμένου ωραρίου |

 | **ΠΡΟΣ****Τη Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας** **Εκπαίδευσης Φθιώτιδας**Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια ετήσιου γυναικολογικού ελέγχου μίας (1) ημέρας στις …../……./20……… .  Επισυνάπτω:* Ιατρική Γνωμάτευση

**Λαμία**,……………………………………………………….ΑΙΤ………….……………………………………….. |

**Θέμα: «Αίτηση για χορήγηση άδειας**

 **γυναικολογικού ελέγχου»**