|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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»**