

ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο:.....

Όνομα:

Πατρώνυμο:.....

Κλάδος:

Δ/ση κατοικίας:

.....

.....

Τηλέφωνο:

ΘΕΜΑ: «ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ»

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :.....

ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Προς

Τη Διεύθυνση του Γενικού Εκκλησιαστικού
Λυκείου-Εκκλησιαστικού Γυμνασίου
Πάτμου

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε
αναρρωτική άδεια¹

(.....) ημερών από.....

έως

Συνημμένα υποβάλλω: (σημειώστε Χ στα
τετραγωνίδια που σας αφορούν)

Γνωμάτευση του θεράποντα ιατρού

Γνωμάτευση διευθυντή κλινικής

δημοσίου νοσοκομείου / υγειονομικής
επιτροπής

.....ΑΙΤ.....

.....

(Υπογραφή)

¹ Οι αναπληρωτές εκπαιδευτικοί δικαιούνται για όλο το χρονικό διάστημα της σύμβασής τους 15 ημέρες αναρρωτική άδεια με αποδοχές που χορηγείται με τους όρους και τις προϋποθέσεις που ορίζονται από τον ασφαλιστικό τους φορέα. Μετά την εξάντληση των 15 ημερών και για σπουδαίο λόγο έχουν δικαίωμα να λάβουν αναρρωτική άδεια με αποδοχές μόνο για δύσιστα νοσήματα.