**Α Ι Τ Η Σ Η**

|  |
| --- |
| Επώνυμο: |
| Όνομα: |
| Πατρώνυμο: |
| Κλάδος: |
| Ειδικότητα: |
| Σχολείο Οργανικής: |
| ΔΔΕ Οργανικής: |
| Σχολείο Κύριας τοποθέτησης: |
| Σχολείο Διάθεσης: |
| Σχέση εργασίας:  Μόνιμος  [Μαγνητίστε την προσοχή του αναγνώστη σας με μια εξαιρετική παράθεση από το έγγραφο ή χρησιμοποιήστε αυτόν το χώρο για να δώσετε έμφαση σε ένα κύριο σημείο. Για να τοποθετήσετε αυτό το πλαίσιο κειμένου οπουδήποτε στη σελίδα, απλώς σύρετέ το.]  Αναπληρωτής  [Μαγνητίστε την προσοχή του αναγνώστη σας με μια εξαιρετική παράθεση από το έγγραφο ή χρησιμοποιήστε αυτόν το χώρο για να δώσετε έμφαση σε ένα κύριο σημείο. Για να τοποθετήσετε αυτό το πλαίσιο κειμένου οπουδήποτε στη σελίδα, απλώς σύρετέ το.] |
| Διεύθυνση Κατοικίας: |
| ΤΚ Πόλη: |
| Mail: |
| Κινητό τηλ: |
| Σταθερό τηλ: |

# ΘΕΜΑ: «Αίτηση μακροχρόνιας αναρρωτικής

# άδειας»

Ημερομηνία: Φλώρινα, ….…/…..../20…..

Ο/Η Αιτών/ούσα

Συνηγορούμε για την έκδοση της άδειας

Ο/Η Διευθυντής/ρια

.

*Αναρρωτική άδεια πέραν των οκτώ (8) ημερών κατ’ έτος χορηγείται ύστερα από γνωμάτευση της οικείας υγειονομικής επιτροπής, με εξαίρεση την περίπτωση που η άδεια χορηγείται βάσει γνωμάτευσης του διευθυντή κλινικής δημόσιου νοσοκομείου και εφόσον πρόκειται για νοσηλεία επτά (7) ημερών τουλάχιστον ή κατόπιν χειρουργικής επέμβασης σε δημόσιο νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική*

**ΠΡΟΣ**

**Α’/ΘΜΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΛΩΡΙΝΑΣ**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **μακροχρόνια αναρρωτική άδεια λόγω,………………………………**

………………………………………………………………………………διάρκειας ………………..….…… (….…) ημερών, από …..…/……../…..….…. έως και …..../…..../……..…

.

Επισυναπτόμενα έγγραφα:

1. Ιατρική γνωμάτευση θεράποντος ιατρού Δημόσιου Νοσοκομείου
2. Ιατρική γνωμάτευση θεράποντος ιατρού ιδιωτικής κλινικής
3. Ιατρική γνωμάτευση ιδιώτη ιατρού