**Α Ι Τ Η Σ Η**

|  |
| --- |
| Επώνυμο: |
| Όνομα: |
| Πατρώνυμο: |
| Κλάδος: |
| Διεύθυνση Κατοικίας: |
| ΤΚ Πόλη: |
| Mail: |
| Κινητό τηλ: |

# ΘΕΜΑ: «Χορήγηση βραχυχρόνιας

# αναρρωτικής άδειας»

Ημερομηνίας: …..…/….…./202…..

# ΠΡΟΣ

**………………………………**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **βραχυχρόνια αναρρωτική άδεια** διάρκειας …….…....…. (……..) ημερών/ας, από .…..../……../202..…. έως και …...../…….../202…...

Δηλώνω υπεύθυνα ότι το σύνολο των ημερών αναρρωτικής άδειας που έχω λάβει κατά το τρέχον ημερολογιακό έτος 202…., είναι …..…. ημέρες.

Συνημμένα δικαιολογητικά:

1. Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού
2. Υπεύθυνη Δήλωση

Ο/Η Αιτών/ούσα

*Η αίτηση για αναρρωτική άδεια υποβάλλεται εντός επτά (7) ημερών από την απουσία του υπαλλήλου λόγω ασθένειας.* *Βραχυχρόνιες αναρρωτικές άδειες χορηγούνται με γνωμάτευση θεράποντος ιατρού έως οκτώ (8) ημέρες κατά ημερολογιακό έτος. Δύο (2) εξ αυτών, αλλά όχι συνεχόμενες, μπορούν να χορηγούνται μόνο με υπεύθυνη δήλωση του εκπαιδευτικού.*