**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.] |
| Διεύθυνση Κατοικίας: |
| ΤΚ Πόλη: |
| Mail: |
| Κινητό τηλ: |
| Σταθερό τηλ: |

# ΘΕΜΑ: «Αίτηση αναρρωτικής άδειας λόγω

# χειρουργικής επέμβασης»

Η Αιτούσα

Ημερομηνία: ……….…..…, …..… /….…. /20……

.

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**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΦΛΩΡΙΝΑΣ**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **αναρρωτική άδεια λόγω χειρουργείου 1,** διάρκειας ……………..…… (……) ημερών, από ……./……../………. έως και ……./……./………

Επισυναπτόμενα έγγραφα:

1. Εισιτήριο-Εξιτήριο Νοσοκομείου/κλινικής
2. Ιατρική γνωμάτευση