**Α Ι Τ Η Σ Η**

**ΘΕΜΑ: Χορήγηση αναρρωτικής άδειας**

**Αρ. Μητρώου υπαλλήλου: …………………………………**

**Επώνυμο: ……………………..………………………………**

**Όνομα:………………………………………………………….**

**Πατρώνυμο: …………………………………………………..**

**Σχέση Εργασίας: ΜΟΝΙΜΟΣ**

**Κλάδος: ...................…………………………………………**

**Υπηρεσία: …………………………………………………….**

**Τηλ.: …………………………………………………………...**

**Email: …….…………………………………………………….**

**Συνημμένα Δικαιολογητικά:**

(επιλέγονται κατά περίπτωση)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Ιατρική γνωμάτευση
 |  |
| 1. Υπεύθυνη δήλωση για χορήγηση αναρρωτικής άδειας (*έως μία (1) ημέρα κάθε φορά και όχι περισσότερες από δύο (2) ημέρες το χρόνο)*
 |  |

**Προς (α) τη Γραμματεία της Σχολής.....................................**

**.................................................................................................**

**(β) Διεύθυνση Διοικητικού - Τμήμα Ε.Τ.Ε.Π. Ε.Μ.Π.**

*(για μέλη ΕΤΕΠ που δεν ανήκουν σε Σχολή)*

Με την παρούσα αιτούμαι τη χορήγηση:

|  |  |
| --- | --- |
| Αναρρωτικής άδειας με γνωμάτευση θεράποντος ιατρού (άρθρο 54-56 του ΥΚ) |  |
| Αναρρωτικής άδειας με υπεύθυνη δήλωση (άρθρο 55 παρ. 2 του ΥΚ) |  |

|  |
| --- |
| από …….……………………. έως ………………………… |
|  *(ημ/νία έναρξης άδειας) (ημ/νία λήξης άδειας)* |

Ο/Η αιτών/ούσα

…...……………

Ημερομηνία, …………………….