**ΑΙΤΗΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ: **………………………………………**

ΟΝΟΜΑ: **………………………………………….**

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: **………………………………….**

ΚΛΑΔΟΣ: **………………………………………….**

ΣΧΟΛΕΙΟ: **………………………………………..**

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ**:……………………….… ……………………………………………………….**

ΠΟΛΗ:**………………………………………….…**

Τ.Κ.**:……………………………………….……….**

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: **……………………………………**

**ΘΕΜΑ**: «Χορήγηση άδειας ασθένειας τέκνου»

Λευκάδα: \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_

ΠΡΟΣ: Τη Δ/νση του ..Δ.Σ/…Νηπ/γείου …………………

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε ειδική **άδεια ασθένειας τέκνου** με αποδοχές ……………… (…….) ημέρας/-ών, από …../…../…….. έως και …./…../……… σύμφωνα με την παρ. 8 του άρ. 53 του Ν. 3528/2007, η οποία τροποποιήθηκε με το άρ. 76 του Ν. 4590/2019, όπως αναφέρεται στην υπ’ αρ. ΔΙΔΑΔ/Φ69/117/οικ.11102/28-05-2020 εγκύκλιο ΥΠ. Εσωτερικών.

Απαραίτητα δικαιολογητικά που υποβάλλονται συνημμένα:

* Βεβαίωση θεράποντος ιατρού □

 Ο αιτών/ Η αιτούσα