**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 **άδεια ασθένειας τέκνου** ………………. (……..) ημέρας/-ών από ….../……./………….. έως και ….../……./………….., σύμφωνα με την περ. β’ παρ. 7 αρθ 47 του Ν. 4674/2020 και το άρθ 23 του Π.Δ. 410/1988, όπως αναφέρεται στην υπ’ αρ. ΔΙΔΑΔ/Φ.69/117/οικ. 11102/28-05-2020 (ΑΔΑ: 6ΣΦ146ΜΤΛ6-48Π).

Απαραίτητα δικαιολογητικά που υποβάλλονται συνημμένα:

* Ιατρική γνωμάτευση □
* Υπεύθυνη δήλωση σχετικά με τον αριθμό των ημερών αυτής της άδειας που έχει ήδη χορηγηθεί τόσο στον/στην αιτούντα/σα όσο και στον/στην σύζυγο □

Ο αιτών/ Η αιτούσα