**ΑΙΤΗΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ: **………………………………………**

ΟΝΟΜΑ: **………………………………………….**

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: **………………………………….**

ΚΛΑΔΟΣ: **………………………………………….**

ΣΧΟΛΕΙΟ: **………………………………………..**

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

ΠΟΛΗ:**………………………………………….…**

Τ.Κ.**:……………………………………….……….**

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: **……………………………………**

**ΘΕΜΑ**: «Χορήγηση αναρρωτικής άδειας»

Λευκάδα: \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_

ΠΡΟΣ: τη Δ/νση του …Δ.Σ …Νηπ/γείου

………………………………………

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **αναρρωτική άδεια** ………………. (……..) ημέρας/-ών από ….../……./………….. έως και ….../……./………….., σύμφωνα με τα άρ. 657 και 658 του Αστικού Κώδικα, το άρθ. 11 του Ν. 2874/2000 και την υπ’ αρ. 79/14-07-1999 εγκύκλιο ΙΚΑ όπως αναφέρονται στην υπ’ αρ. Φ.351.5/43/67822/Δ1/05–05–2014 εγκύκλιο Υπ.Π.Ε.Θ.

Απαραίτητα δικαιολογητικά που υποβάλλονται συνημμένα:

1. Ιατρική γνωμάτευση θεράποντος ιατρού □
2. Ιατρική γνωμάτευση δημόσιου νοσοκομείου ή άλλου θεραπευτηρίου □

Ο αιτών/ Η αιτούσα