**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**……………………………………..

**ΟΝΟΜΑ:**………………………………….........

**ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ:**……………………………

**ΘΕΣΗ ΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ:**………………………

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:** ………………………………..

**Α.Μ.:** …………………………………………….

**Στοιχεία Επικοινωνίας**

**Δ/νση κατοικίας:**………………………….

...…………………………………………….

**Πόλη:…**…………………………………….

**Τηλ:**…………………………………………

**e-mail:**…………………………………………..

**Ημερομηνία:**……/……/……..

**Θέμα: Χορήγηση άδειας απουσίας**

 **για ασθένεια τέκνου**

**Ε.Κ. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ**

**ΑΡ. ΠΡΩΤ.**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**

**Φ**

**ΠΡΟΣ**

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια απουσίας διάρκειας ………..…..( ) ημερ…...,

από …. / …. / …… μέχρι …. / …. / …… λόγω ασθενείας του ανήλικου τέκνου μου, σύμφωνα με την ιατρική βεβαίωση που επισυνάπτω.

Επιπλέον, **συνημμένα υποβάλλω υπεύθυνη δήλωση ότ**ι μέχρι σήμερα ημερομηνία, έχω κάνει χρήση άδειας ασθενείας τέκνων (….) ημερ……, από τις …… ημέρες που δικαιούμαι

**Ο/Η Αιτών/Αιτούσα**

……………………………………..