**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**………………………………..

**ΟΝΟΜΑ:**…………………………………....

**ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ:**………………………

**ΘΕΣΗ ΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ:**………………….

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:** ……………………………

**Α.Μ.:** ……………………………………….

**Στοιχεία Επικοινωνίας**

**Δ/νση κατοικίας:**………………………….

...…………………………………………….

**Πόλη:**……………………………………….

**Τηλ:**…………………………………………

**e-mail:**…………………………………………..

**Ημερομηνία:**……/……/……..

**Θέμα: Χορήγηση αναρρωτικής άδειας**

**Συνημμένα**

**1.**Ιατρική Βεβαίωση

**2.** …………………………………...

**3.** ……………………………………

**Ε.Κ. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ**

**ΑΡ. ΠΡΩΤ.**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**

**Φ**

**ΠΡΟΣ**

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ**

**Παρακαλώ μου χορηγήσετε αναρρωτική άδεια** διάρκειας ..………….. ( ) ημερ..…..,

από …. / …. / …… μέχρι και. …. / …. / …… ……………............................................................

…………………………………………………………………………………………………………

**Ο/Η Αιτών/Αιτούσα**

……………………………………..