|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  **ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΕΙΔΙΚΟΥ ΣΚΟΠΟΥ**   |  | | --- | | ………………………………………………………………………………... | | ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ-ΑΙΤΟΥΣΑΣ | | ………………………………………………………………………………... | | ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ | | ………………………………………………………………………………... | | ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ | | ………………………………………………………………………………... | | ΑΦΜ | | ………………………………………………………………………………... | | ΣΧΟΛΕΙΟ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ | | ………………………………………………………………………………... | | ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (αναπληρωτές πλήρους/μειωμένης απασχόλησης, ωρομίσθιοι) | | ………………………………………………………………………………... | | Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ | | ………………………………………………………………………………... | | ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ/ΠΟΛΗ  ………………………………………………………………………………... | | TΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ | | ………………………………………………………………………………... | | TΗΛΕΦΩΝΟ ΚΙΝΗΤΟ |   ΘΕΜΑ: «Χορήγηση αναρρωτικής άδειας ειδικού σκοπού»  Καστοριά, ……/……/20… | Αρ. Πρωτ.: ………………………..…  Ημερομηνία Λήψης: ……../……../…………  ΠΡΟΣ:  ……………………………………………………………………………………..…….  (Σχολικής μονάδα υπηρέτησης/ΔΔΕ Καστοριάς)    Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε αναρρωτική άδεια ειδικού σκοπού (κατόπιν οδηγιών ΕΟΔΥ) λόγω COVID-19.  Συνημμένα υποβάλω:  🞎 Υπεύθυνη δήλωση (κατόπιν οδηγιών ΕΟΔΥ)  🞎 Ιατρική βεβαίωση (εκπαιδευτικός που ο ίδιος ή κάποιο πρόσωπο, με το οποίο συνοικεί, νοσεί από κορωνοϊό COVID-19 ή αναμένει το αποτέλεσμα μοριακής διαγνωστικής εξέτασης για τον κορωνοϊό COVID-19, στην οποία έχει υποβληθεί).  Ο/Η αιτών-ούσα :  *………………………………*  (Υπογραφή) |