|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **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 ήκάποιο 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) |