|  |  |
| --- | --- |
| Α Ι Τ Η Σ Η **ΕΠΩΝΥΜΟ:**……………………………………..  **ΟΝΟΜΑ:** ………………………………………..  **ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ:**…………………………………..  **ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:** ………………………………….  **ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ:**……………………………..  **ΘΕΣΗ ΟΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ:**……………………..  ……………………..…………………………….  **ΒΑΘΜΟΣ:** …………….. **Μ.Κ.:** …………………  **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**……...……..…………….. ……………………………**Τ.Κ:**………….…..…….  **ΠΟΛΗ:** ……………………………………………  **ΤΗΛΕΦΩΝΟ**: …………………….………..  ΘΕΜΑ: Χορήγηση αναρρωτικής άδειας.  **Σέρρες,** ……../……../…….. | Π Ρ Ο Σ **Την Α΄/θμια Υγειονομική Επιτροπή**  **Ν. Σερρών Μεραρχίας 36, Σέρρες**  **(Δια της Διεύθυνσης Π.Ε. Σερρών)**    Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε αναρρωτική άδεια ……………….. (…..……) ημέρ…..… από ……………………. μέχρι και…………………………σύμφωνα  με τη συνημμένη Ιατρική Γνωμάτευση  Ο – Η ΑΙΤ……..    ……………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| Α Ι Τ Η Σ Η **ΕΠΩΝΥΜΟ:**……………………………………..  **ΟΝΟΜΑ:** ………………………………………..  **ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ:**…………………………………..  **ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:** ………………………………….  **ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ:**……………………………..  **ΘΕΣΗ ΟΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ:**……………………..  ……………………..…………………………….  **ΒΑΘΜΟΣ:** …………….. **Μ.Κ.:** …………………  **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**……...……..…………….. ……………………………**Τ.Κ:**………….…..…….  **ΠΟΛΗ:** ……………………………………………  **ΤΗΛΕΦΩΝΟ**: …………………….………..  ΘΕΜΑ: Χορήγηση αναρρωτικής άδειας.  **Σέρρες,** ……../……../…….. | Π Ρ Ο Σ **Την Ειδική Υγειονομική Επιτροπή**  **Καρκίνου και Λοιπών Νόσων**  **Γ.Π.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»**  **Κωνσταντινουπόλεως 49**  **Τ.Κ. 54642 Θεσσαλονίκη**  **(Δια της Διεύθυνσης της Π/θμιας Εκπ/σης Σερρών)**  Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε αναρρωτική άδεια ……………….. (…..……) ημέρ…..… από ……………………. μέχρι και…………………………σύμφωνα  με τη συνημμένη Ιατρική Γνωμάτευση.  Ο – Η ΑΙΤ……..    ……………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| Α Ι Τ Η Σ Η **ΕΠΩΝΥΜΟ:**……………………………………..  **ΟΝΟΜΑ:** ………………………………………..  **ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ:**…………………………………..  **ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:** ………………………………….  **ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ:**……………………………..  **ΘΕΣΗ ΟΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ:**……………………..  ……………………..…………………………….  **ΒΑΘΜΟΣ:** …………….. **Μ.Κ.:** …………………  **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**……...……..…………….. ……………………………**Τ.Κ:**………….…..…….  **ΠΟΛΗ:** ……………………………………………  **ΤΗΛΕΦΩΝΟ**: …………………….………..  ΘΕΜΑ: Χορήγηση αναρρωτικής άδειας.  **Σέρρες,** ……../……../…….. | Π Ρ Ο Σ **Την Ειδική Υγειονομική Επιτροπή**  **Νευροψυχικών Νόσων**  **Γ.Π.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»**  **Τ.Κ. 54636 Θεσσαλονίκη**  **(Δια της Διεύθυνσης της Π/θμιας Εκπ/σης Σερρών)**  Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε αναρρωτική άδεια ……………….. (…..……) ημέρ…..… από ……………………. μέχρι και…………………………σύμφωνα  με τη συνημμένη Ιατρική Γνωμάτευση.  Ο – Η ΑΙΤ……..    ……………………….. |