|  |  |
| --- | --- |
| 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…………………………σύμφωναμε 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…………………………σύμφωναμε 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…………………………σύμφωναμε τη συνημμένη Ιατρική Γνωμάτευση.  Ο – Η ΑΙΤ……..  ……………………….. |