|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**Επώνυμο: ……………………………………………….………………..Όνομα: …………………………………………………………………….Όνομα πατέρα: ………………………………………………………...Κλάδος-Ειδικότητα: ...……………………….………………..……..Αριθμός Μητρώου: …………………………………………………...Οδός: ………………………………………… Αριθμός: ...……..….….ΤΚ: .................................. Πόλη: ……………………………………….Τηλέφωνο οικίας: …………………….………………………………Τηλέφωνο κινητό: …………………………………………………....E-mail: ……………………………………...……………………………...Εργασιακή σχέση: **Μόνιμος εκπαιδευτικός****της ΔΔΕ …………………………………………………………….…..**Σχολείο τοποθέτησης:…………………………………..……………………………………………. Οργανική τοποθέτηση Προσωρινή τοποθέτησηΣχολεία που υπηρετώ:…………………………………………………………………………….….………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………..Αριθμός ημερών **βραχυχρόνιας** αναρρωτικής άδειαςπου μου έχουν χορηγηθεί κατά το τρέχον έτος:Με υπεύθυνη δήλωση ………….….…… (……….) ημερ………Με ιατρική γνωμάτευση ……….……… (……….) ημερ………**ΘΕΜΑ: Χορήγηση αναρρωτικής άδειας**………………...………….…….., …...../…...../……....(τόπος - ημερομηνία) | **ΠΡΟΣ**………………………………………………………………………………….……Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **αναρρωτική άδεια** διάρκειας ...…………………………...…………. (…….... ) ημερ…….…**από** ……..../……..../…..….…. **μέχρι και** ……..../……..../………….διότι ……….………………………………………………………………….....……………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………….. Αιτ……….………………………………(υπογραφή)**Συνημμένα υποβάλλω:** **Υπεύθυνη δήλωση** απουσίας λόγω ασθένειας **Ιατρική γνωμάτευση βραχυχρόνιας** αναρρωτικής **Ιατρική γνωμάτευση μακροχρόνιας** αναρρωτικής **που θα παραπεμφθεί σε υγειονομική επιτροπή** **Εισιτήριο νοσοκομείου** ..…..………………..…………………… **Εξιτήριο** **νοσοκομείου** ..…..………………..……..……………… **Γνωμάτευση νοσοκομείου** για αναρρωτική **μετά από νοσηλεία** επτά (7) ημερών τουλάχιστον **Γνωμάτευση νοσοκομείου** για αναρρωτική **μετά από χειρουργική επέμβαση** |

*Στους μόνιμους εκπαιδευτικούς χορηγούνται βραχυχρόνιες αναρρωτικές άδειες με γνωμάτευση θεράποντος ιατρού έως οκτώ (8) ημέρες κατ΄ έτος. Δύο (2) εξ αυτών, αλλά όχι συνεχόμενες, μπορούν να χορηγούνται με υπεύθυνη δήλωση.*

*Μακροχρόνιες αναρρωτικές άδειες χορηγούνται ύστερα από γνωμάτευση οικείας υγειονομικής επιτροπής, με εξαίρεση την περίπτωση που η άδεια χορηγείται με γνωμάτευση νοσοκομείου μετά από νοσηλεία επτά (7) ημερών τουλάχιστον ή μετά από χειρουργική επέμβαση.*