|  |  |
| --- | --- |
| **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 τοποθέτηση  Σχολεία που υπηρετώ:  …………………………………………………………………………….….  ………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………..  Αριθμός ημερών **βραχυχρόνιας** αναρρωτικής άδειας  που 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.*