

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ**

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

ΠΟΛΗ:..... Τ.Κ.:.....

ΝΟΜΟΣ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

.....

Αθήνα , / / 20....

ΠΡΟΣ:

Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
Κεντρική Υπηρεσία
Δ/νση Διοικ. & Οικ. Υπηρεσιών
Τμήμα Γραμματείας

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε «Άδεια ασθένειας τέκνων», του Ν.4440/Α'/02-12-2016, από έως και διάρκειας ημερών.

Συνημμένα υποβάλλω Ιατρική Βεβαίωση¹ για την ασθένεια του τέκνου μου.

ΟΝΟΜΑ ΠΑΙΔΙΟΥ:

ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:

Ο Αιτών/ Η Αιτούσα

.....

(Υπογραφή)

¹ Στην ιατρική βεβαίωση θα αναγράφεται **απαραίτητα** και το όνομα του γονέα που θα κάνει χρήση της άδειας