

**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΑΦΜ:

ΑΜΚΑ:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ-ΚΛΑΔΟΣ:

.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΚΑΒ:

ΝΟΜΟΣ:

ΤΟΜΕΑΣ:

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

ΠΟΛΗ:..... Τ.Κ.:.....

ΝΟΜΟΣ:.....

ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

e-mail:.....

..... , ... / ... / 20....

ΠΡΟΣ

Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας

Κεντρική Υπηρεσία

Δ/νση

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε **Άδεια Άνευ****Αποδοχών** διάρκειας **ενός μήνα (1)**

από..... για τους κάτωθι λόγους:

.....

.....

.....

.....

Η άδεια αυτή χορηγείται σύμφωνα με το άρθρο 51, παρ. 1 του Ν. 3528/9-2-2007 εφ' όσον οι ανάγκες της Υπηρεσίας το επιτρέπουν και δεν μπορεί να υπερβεί τον ένα (1) μήνα εντός του ίδιου ημερολογιακού έτους.

Επίσης σύμφωνα με το άρθρο 51, παρ. 5 του Ν. 3528/9-2-2007 ο χρόνος της συγκεκριμένης αδειας αποτελεί χρόνο πραγματικής υπηρεσίας.

Κατά τη διάρκεια της αδειας άνευ αποδοχών δεν δικαιούμαι ασφαλιστική κάλυψη και οφείλω να καταθέσω τα βιβλιάρια νοσηλείας (ατομικό & μελών) στον ΟΠΑΔ .

Ο Αιτών/ Η Αιτούσα

.....

(Υπογραφή)