# 

# **ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΣ**

Την Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή

Ν. Θεσσαλονίκης

Σας παρακαλώ να μου εγκρίνετε την αναρρωτική άδεια σύμφωνα με την γνωμάτευση του Θεράποντα Ιατρού.

Ο-Η ΑΙΤ…

ΕΠΩΝΥΜΟ:………………………………………

ΟΝΟΜΑ:………………………………………….

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:…………………………………..

ΥΠΗΡΕΣΙΑ:……………………………………….

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:……………..………………………

Δ/ΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:……….……………………….

…………………………………………………….

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ ………./………/………

…………………

…………………

# 