**ΑΙΤΗΣΗ**

**Αναπληρωτή-τριας**

Επώνυμο…………………………………………………………………

Όνομα…………………………………………………………………….

Πατρώνυμο...............................................................

Κλάδος……………………………………………………………........

Σχολεία που υπηρετώ ..........................................

…………………………………………………………………………………

Δ/νση κατοικίας……………………………………………………

…………………………………………………………………………………

Τηλέφωνο………………………………………………………………

………………………………………………………………………………..

ΘΕΜΑ: Χορήγηση **αναρρωτικής** άδειας

 **(για αναπληρωτές)**

1.Χορηγηθείσα αναρρωτική άδεια τρέχοντος διδακτικού έτους:

…………………………………………………………………ημέρ……..

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

**ΕΝΗΜΕΡΩΝΩ ΤΗΝ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΗΜΕΡΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

**(23710 21402)**

**ΠΡΟΣ**

Τον Διευθυντή του ……………………………………...

 ………………………………………….

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **αναρρωτική** άδεια βάσει των άρθρων 657 & 658 του Α.Κ. …………………………… ημερ……… από ………………….. μέχρι……………………………..διότι……………………………....

…………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Μαζί υποβάλλω και:

Γνωμάτευση ιατρού (νοσοκομείου, ιδιώτη ή κέντρου υγείας)

α) Έως 3 ημέρες ιατρική γνωμάτευση

β) άνω των 3 ημερών ιατρική γνωμάτευση

και άμεση ενημέρωση στο ΕΦΚΑ για πιθανή αποζημίωση

* Ένταλμα πληρωμής ΕΦΚΑ εφ’ όσον δικαιούται αποζημίωση

 Ημερομηνία:…………………………………

………… Αιτ……………………