**ΑΙΤΗΣΗ**

Επώνυμο…………………………………………………………………

Όνομα…………………………………………………………………….

Πατρώνυμο……………………………………………………………

Κλάδος……………………………………………………………………

Βαθμός……………………………………………………………………

Οργανική Θέση……………………………………………………..

…………………………………………………………………………………

Θέση που υπηρετώ……………………………………………….

…………………………………………………………………………………

Δ/νση κατοικίας……………………………………………………

…………………………………………………………………………………

Τηλέφωνο………………………………………………………………

………………………………………………………………………………..

ΘΕΜΑ: Χορήγηση γονικής άδειας **ασθένειας ανήλικου τέκνου**

**(έως 4 εργάσιμες ημέρες/έτος**

**Έως 7 εργάσιμες/έτος για τρίτεκνους**

 **έως 10 εργάσιμες/έτος για πολύτεκνους**

**έως 8 εργάσιμες/έτος για μονογονεϊκή)**

(Εντός 7 ημερών από την απουσία)

Χορηγηθείσα άδεια τρέχοντος ημερολογιακού έτους:

……………………………………………… ημέρ……..

**ΠΡΟΣ**

Τον Διευθυντή του …………………………... …………….

…………………………….........................……………………….)

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια απουσίας λόγω ασθένειας τέκνου βάσει του αρθρ. 53 παρ.8 Ν.3528/07(ΦΕΚ 26/9-02-2007) τ.Α **όπως αντικαταστάθηκε με το αρ. 76 του ν. 4590/19 τ.Α΄ ………………….( …..) ημερ………….**  στις ………………………………….................................

Μαζί να υποβληθεί:

1. Ιατρική γνωμάτευση

Ημερομηνία: …………………………………………

………… Αιτ……………………