**ΑΙΤΗΣΗ (ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΩΝ)**

Επώνυμο…………………………………………………………………

Όνομα…………………………………………………………………….

Πατρώνυμο……………………………………………………………

Κλάδος……………………………………………………………………

Θέση που υπηρετώ……………………………………………….

…………………………………………………………………………………

Δ/νση κατοικίας……………………………………………………

…………………………………………………………………………………

Τηλέφωνο………………………………………………………………

………………………………………………………………………………..

ΘΕΜΑ: Χορήγηση **ειδικής γονικής άδειας νοσήματος έως** 10 ημερών (πλέον της κανονικής για μεταγγίσεις, αφού εξαντληθούν οι 11 ημέρες με αποδοχές)

1.Χορηγηθείσα **γονική άδεια νοσήματος** κατά τη διάρκεια της σύμβασης:

…………………………………………………………………ημέρ……..

λόγω………………………………………………………………………

ΠΡΟΣ

Τον Διευθυντή

…………………………………………………………………………….)

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **ειδική γονική άδεια νοσήματος** βάσει του άρθρου 21 του Π.Δ.410/88 ……….…………… (…..) ημερ…… από …………………………………. μέχρι …………………………… λόγω: ………………………… ……………………………..……………………………………………….. ……………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………

Μαζί υποβάλλω:

1. Γνωμάτευση δημόσιου ιατροπαιδ/κού κέντρου ή Παιδοψυχικού τμήματος δημόσιου νοσοκομείου ή πιστοποιητικό από τα Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α).

Ημερομηνία:…………………………………………..

………… Αιτ……………………