**Α Ι Τ Η Σ Η**

**ΘΕΜΑ: Αίτηση χορήγησης αναρρωτικής άδειας**

**Αρ. Μητρώου υπαλλήλου: …………………………………**

**Επώνυμο: ……………………..………………………………**

**Όνομα:………………………………………………………….**

**Πατρώνυμο: …………………………………………………..**

**Ιδιότητα ( ΔΕΠ, ΕΔΙΠ, ΕΕΠ):……………………….**

**Βαθμίδα: …………………………………………**

**Τηλ.: …………………………………………………………...**

**Email: …….…………………………………………………….**

**Συνημμένα Δικαιολογητικά:**

(επιλέγονται κατά περίπτωση)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Ιατρική γνωμάτευση
 |  |
| 1. Υπεύθυνη δήλωση για χορήγηση αναρρωτικής άδειας (*έως μία (1) ημέρα κάθε φορά και όχι περισσότερες από δύο (2) ημέρες το χρόνο)*
 |  |

**Προς τη Γραμματεία της Σχολής……………………………**

**…………………………………………….….. του Ε.Μ.Π.**

Με την παρούσα αιτούμαι τη χορήγηση:

|  |  |
| --- | --- |
| Αναρρωτικής άδειας με γνωμάτευση θεράποντος ιατρού (άρθρο 54-56 του ΥΚ) |  |
| Αναρρωτικής άδειας με υπεύθυνη δήλωση (άρθρο 55 παρ. 2 του ΥΚ) |  |

|  |
| --- |
| από …….……………………. έως ……………………**……** |
|  |

Ο/Η αιτών/ούσα

**…...……………**

Ημερομηνία, …………………….