**ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΩΝ**

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ

ΟΛΑ ΤΑ ΠΕΔΙΑ

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**

**ΟΝΟΜΑ:**

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:**

**ΑΦΜ:**

**Αριθμός μητρώου:**

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**

**email:**

Διευθυντής / Προϊστάμενος: NAI / OXI

**Κλάδος:**

**Σχολείο Οργανικής:**

**Σχολείο Υπηρέτησης:**

**Υγειονομική Επιτροπή στην οποία μπορώ να παρουσιαστώ:**

**Έχω καταθέσει τα απαραίτητα δικαιολογητικά εγώ ο ίδιος/η ίδια στην Επιτροπή**: NAI / OXI

**Η ιατρική βεβαίωση είναι από:**

Ιδιώτη γιατρό: NAI / OXI

Δημόσιο νοσοκομείο: NAI / OXI

**ΡΟΔΟΣ, / / 20**

**ΠΡΟΣ**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Α/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ Ν. ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ**

**Παρακαλώ**

**Αριθμός Συνημμένων Εγγράφων:**

**Συνημμένα Έγγραφα:**

α.

β.

γ.

δ.

ε.

στ.

**Ο ΑΙΤΩΝ/ Η ΑΙΤΟΥΣΑ**