Α Ι Τ Η Σ Η

# ΠΡΟΣ

(ΣΧΟΛΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ Ή ΑΠΟΣΠΑΣΗΣ

‘Η ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΩΝ ΩΡΩΝ)

###

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Κλάδος:

Α.Μ. για μονίμους / ΑΦΜ για αναπληρωτές:

Σχολείο Οργανικής:

ΔΔΕ Πρόσληψης:

Σχολείο υπηρέτησης:

Κινητό τηλέφωνο:

Διεύθυνση κατοικίας:

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **ειδική άδεια θανάτου συγγενικού προσώπου** (1) …..…………….… (…..) εργάσιμων ημερών από …… / …… / …… έως και ..…… / ……… / …….

Συνημμένα υποβάλλω:

 Ληξιαρχική πράξη θανάτου συγγενικού προσώπου.

###

## ¨

## Ο/Η αιτ…………

Υπογραφή

ΤΚ/Πόλη:

Σταθερό τηλέφωνο:

# ΘΕΜΑ: Χορήγηση ειδικής άδειας θανάτου ……… (…….) εργάσιμης/ων ημερ…

## Ημερομηνία : ……………, ………/………../………

1. Σε περίπτωση θανάτου συζύγου, τέκνου, γονέα ή αδελφού άδεια απουσίας με αποδοχές δύο (2) εργασίμων ημερών αμέσως μετά το γεγονός.