**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**4η Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ**



|  |
| --- |
|  |

 Ημερομηνία:

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΚΥΡΩΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ**

|  |
| --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ** |
| Επώνυμο: |  | Όνομα: |  | Πατρώνυμο: |  |
| Υπηρεσία: |  | Τμήμα: |  |
| Κατ./Κλάδος: |  |

|  |
| --- |
| **ΠΑΡΑΚΑΛΩ** |
| Να μου ακυρώσετε την παρακάτω σημειούμενη άδεια για χρονικό διάστημα |  | ημερών και |
| συγκεκριμένα από |  | μέχρι |  |
| Συνημμένα δικαιολογητικά |  (αριθμός)  | Αρ. Μητρ. Εργαζομένου: |  |
| **ΕΙΔΟΣ ΑΔΕΙΑΣ** |
|  | Κανονική |  | Σεμιναρίου |  | Εκπαιδευτική\* |  | Αιμοδοτική\* |  | Ασθένειας Τέκνου\* |
|  | Γονική |  | Γάμου |  | Κύησης\* |  | Λοχείας\* |  | Ανατροφής Τέκνου |
|  | Ειδική |  | Κηδείας |  | Εκλογική |  | Άνευ αποδοχών |  | Αναρρωτική\* |
|  | Ακτινολογική |  | Συνδικαλιστική |  | Άλλη (περιγραφή) |  |  |

\*Απαραίτητα συνυποβαλλόμενα έγγραφα

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Άδεια έτους  | 2019 | Υπόλοιπο αδειών έτους  |  |
| Άδεια έτους  | 2020 | Υπόλοιπο αδειών έτους  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ** |

 |
|  |

Σημείωση : Η αίτηση αυτή υποβάλλεται τουλάχιστον (3) ημέρες πριν από την ημερομηνία έναρξης της άδειας. Σε διαφορετική περίπτωση

δεν θα εγκρίνεται.