**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**4η Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ**

logo1_1.png Αρ. Πρωτ. :

**ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ**

|  |
| --- |
| **ΑΠΟΔΕΚΤΗΣ – ΘΕΜΑ** |

|  |  |
| --- | --- |
| Προς: | Π.Γ.Ν. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ |
|  |  |
| Θέμα: | ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ κ. |

|  |
| --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Επώνυμο: |  | | | | | Όνομα: | |  | | | Πατρώνυμο: |  | |
| Κατηγορία: |  | | Κλάδος: |  | | |  | ΑΜΑ: |  | | ΑΜΚΑ: |  | |
| Υπηρεσία: | |  | | Τμήμα: |  | | | | | Ιδιότητα (π.χ.Μόνιμος/Ι.Δ.Α.Χ./Ι.Δ.Ο.Χ): | | |  |
| Διεύθυνση κατοικίας: |  | | | | | | | | | | Τηλέφωνο:  Email : |  | |

|  |
| --- |
| **ΠΑΡΑΚΑΛΩ** |
| Να μου εγκρίνεται τη χορήγηση αναρρωτικής αδείας ………. Ημερών.  Συνημμένα υποβάλλω την από ……/……/2020 Ιατρική Γνωμάτευση |

Αλεξανδρούπολη /10/2020

Ο/Η Αιτών /ούσα