**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**4η Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ**

 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