|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  **ΟΝΟΜΑ……………………………………...**  **ΕΠΩΝΥΜΟ: ………………………………..**  **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: ……………..................**  **Σχέση Εργασίας: ……………………………**  **Κλάδου/Ειδικότητας: ………………………**  **………………………………………………..**  **Διεύθυνση Κατοικίας: ……………………...**  **……………………………………………….**  **Τηλ.: …………………………………………**  **Email: …….………………………………….**  **Θέμα: «Αίτηση χορήγησης αναρρωτικής άδειας.»**    **…………, …/…/ 2024**  (τόπος) (ημερομηνία αίτησης)  **Συνημμένα Δικαιολογητικά:**  **(επιλέγονται κατά περίπτωση)**   |  |  | | --- | --- | | 1. Γνωμάτευση θεράποντος ιατρού για χορήγηση αναρρωτικής άδειας έως 8 ημερών |  | | 1. Υπεύθυνη δήλωση για χορήγηση βραχυχρόνιας αναρρωτικής άδειας |  | | 1. Γνωμάτευση θεράποντος ιατρού για χορήγηση αναρρωτικής άδειας πέραν των 8 ημερών |  | | 1. Γνωμάτευση θεράποντος ιατρού για χορήγηση αναρρωτικής άδειας πέραν των 8 ημερών για δυσίατο νόσημα |  | | 1. Γνωμάτευση διευθυντή κλινικής δημοσίου νοσοκομείου εφόσον πρόκειται για νοσηλεία τουλάχιστον 7 ημερών |  | | 1. Γνωμάτευση ιατρού ή βεβαίωση δημόσιου ή ιδιωτικού νοσοκομείου από την οποία προκύπτει η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης |  | | 1. Άλλο |  | | **ΠΡΟΣ:**  **Διεύθυνση …………………………..**  (συμπλήρωση του τίτλου της οργανικής μονάδας του φορέα όπου υπηρετεί ο/η υπάλληλος)  **Με την παρούσα αιτούμαι τη χορήγηση:**   |  |  | | --- | --- | | Βραχυχρόνιας αναρρωτικής άδειας με γνωμάτευση θεράποντος ιατρού (άρθρο 55 παρ. 2 του ΥΚ) |  | | Βραχυχρόνιας αναρρωτικής άδειας με υπεύθυνη δήλωση (άρθρο 55 παρ. 2 του ΥΚ) |  | | Μακροχρόνιας αναρρωτικής άδειας (άρθρα 54 επ. του ΥΚ) |  | | Μακροχρόνιας αναρρωτικής άδειας για δυσίατο νόσημα (άρθρα 54 επ. του ΥΚ) |  | | Αναρρωτικής άδειας βάσει γνωμάτευσης διευθυντή κλινικής δημοσίου νοσοκομείου και εφόσον πρόκειται για νοσηλεία επτά (7) ημερών τουλάχιστον |  | | Αναρρωτικής άδειας κατόπιν χειρουργικής επέμβασης |  |   **από ……………………… έως ………………………**  ***(ημ/νία έναρξης άδειας) (ημ/νία λήξης άδειας)***  Συνημμένα κατατίθενται τα σχετικά αναφερόμενα στην παρούσα αίτηση.  **Ο/Η αιτών/ούσα**  **…………………………….** |