



Ημ/νία:   
Αρ.Πρωτ.:

## ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Υπηρεσία:	<input type="text"/>	Τμήμα:	<input type="text"/>		
Κατ./Κλάδος:	<input type="text"/>				

### ΠΑΡΑΚΑΛΩ

Να μου χορηγήσετε την παρακάτω σημειούμενη άδεια για χρονικό διάστημα  ημερών και συγκεκριμένα από  μέχρι  (τελ. ημέρα)

Συνημμένα δικαιολογητικά  (αριθμός) Αρ. Μητρ. Εργαζομένου:

### ΕΙΔΟΣ ΑΔΕΙΑΣ

<input type="checkbox"/> Κανονική	<input type="checkbox"/> Επιστημονική	<input type="checkbox"/> Εκπαιδευτική	<input type="checkbox"/> Αιμοδοτική	<input type="checkbox"/> Μηχανογραφική
<input type="checkbox"/> Σχολικής παρακολούθησης	<input type="checkbox"/> Ρεπό	<input type="checkbox"/> Κύησης	<input type="checkbox"/> Λοχείας	<input type="checkbox"/> Ανατροφής παιδιού
<input type="checkbox"/> Ακτινολογική	<input type="checkbox"/> Αναρρωτική	<input type="checkbox"/> Άνευ αποδοχών	<input type="checkbox"/> Ολιγόωρη για προσωπικούς λόγους	
<input type="checkbox"/> Ολιγόωρη για υπηρεσιακούς λόγους (περιγραφή)	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Υπηρεσιακή (περιγραφή)	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Άλλη (περιγραφή)	<input type="text"/>			

### ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ο/Η Αιτών/ούσα

Ο Προϊστάμενος της Κλινικής Τμήματος\*

Ο Προϊστάμενος Υποδιεύθυνσης ή Τομέα

Ο Προϊστάμενος Διεύθυνσης

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(σφραγίδα - υπογραφή)

Χορηγηθείσες άδειες έτους μέχρι σήμερα  Νέο υπόλοιπο αδειών έτους

### ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ο Προϊστάμενος Τμήματος Προσωπικού

\*Υπογράφεται από τον Προϊστάμενο του Τμήματος ή τον Προϊστάμενο Παραϊατρικού