

ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο: _____

Όνομα: _____

Πατρώνυμο: _____

Κλάδος/Ειδικότητα: _____

Θέση: _____

Τηλ κατοικίας: _____

Τηλ. γραφείου: _____

ΠΡΟΣ

Την Πρυτανεία του Αριστοτελείου

Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Θεσσαλονίκη

**Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε
αναρρωτική άδεια ασθενείας του ανήλικου
τέκνου μου**

(Επώνυμο) _____

(Όνομα) _____

----- () ημέρας/ρών από

Συνημμένα υποβάλλω ιατρική γνωμάτευση.

“Χορήγηση άδειας ασθενείας τέκνου”

(άρθρο 31του ν. 4440/2016, ΦΕΚ 224/2-12-2016 τ. Α)

Με τιμή

Ο/ Η Αιτ _____

Θεσσαλονίκη,

20