

Α Ι Τ Η Σ Η

Επώνυμο: _____

Όνομα: _____

Πατρώνυμο: _____

Ιδιότητα: _____

Θέση: _____

Βαθμός: _____

Διεύθυνση κατοικίας

τηλ. κατοικίας _____

τηλ. γραφείου _____

“Χορήγηση αναρρωτικής άδειας”

Θεσσαλονίκη,

200

Π Ρ Ο Σ

Την Πρυτανεία του Αριστοτελείου

Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Θεσσαλονίκη

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε
αναρρωτική άδεια _____

_____ () ημερών από

Συνημμένως υποβάλλω ιατρική
γνωμάτευση.

Με τιμή

Ο/ Η Αιτ _____