

ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο: _____

Όνομα: _____

Πατρώνυμο: _____

Ιδιότητα: _____

Θέση: _____

Βαθμός: _____

Διεύθυνση Κατοικίας: _____

τηλ. κατοικίας: _____

τηλ. γραφείου: _____

τηλ. κινητό: _____

Προς

Την Πρυτανεία του Αριστοτελείου
Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Θεσσαλονίκη

Κύριε Πρύτανη

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε αναρρωτική άδεια
_____ ημερών

από _____

Συνημμένως υποβάλλω ιατρική γνωμάτευση

«Χορήγηση αναρρωτικής άδειας»

Με τιμή

Ο/Η
Αιτών/Αιτούσα

Θεσσαλονίκη, ____ / ____ /20 ____