|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** | | **ΠΡΟΣ**  **τη Δ/νση…………………………** |
|  | | **της Αποκεντρωμένης Διοίκησης Μακεδονίας-Θράκης** |
| **Ονοματεπώνυμο:** |  |  |
| **Οργανική Μονάδα Εργασίας:** |  | Παρακαλώ όπως μου χορηγηθεί **άδεια** διάρκειας ….ημέρας/ημερών για το χρονικό διάστημα  από \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ έως \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  για την ημέρα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  σύμφωνα με τα συνημμένα έγγραφα.  \*   |  |  | | --- | --- | |  | □ Αναρρωτικής | |  | □ Αιμοδοσίας | |  | □ Ασθένειας τέκνου | |  | □ Ειδικής: | |  | □ Άνευ αποδοχών | |  | □ Εκπαιδευτικές & εξετάσεων | |  | □ Λοιπές άδειες: |   \***Σημειώστε ή Υπογραμμίστε** το είδος της άδειας που αιτείστε |
| **Κλάδος:** |  |
| **Τηλ. Επικοινωνίας:** |  |
| **Email:**  **Ταχυδρομική Δ/νση:** |  |
| **ΘΕΜΑ:**  **Αίτηση για χορήγηση άδειας** | |
|  | |  |
| **Θεσσαλονίκη, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/202\_\_\_\_\_** | | **Η αιτούσα /ο αιτών**  **(Υπογραφή)** |
|  | |  |
| **Συνημμένα:**   1. ------------------------------------------------------------------------- 2. ------------------------------------------------------------------------ 3. ------------------------------------------------------------------------ 4. ------------------------------------------------------------------------ | |  |
|  |