|  |  |
| --- | --- |
| **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. ------------------------------------------------------------------------
 |  |
|  |