|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Προς:** |  |

 **Α Ι Τ Η Σ Η**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Αριθμός Μητρώου |  |  |  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **ειδι­κή** **άδεια** απουσίας **τριών (3) εργάσιμων ημερών**, από ............ έως .......... λόγω **θανάτου** συγ­γενικού μου προσώπου έως και β’ βαθμού. Σας αναφέρω ότι θα προσκομίσω τη ληξιαρχική πράξη θανάτου του και Υπεύθυνη Δήλωση για το βαθμό συγγένειας. |
| Επώνυμο |  |  |
| Όνομα |  |
| Πατρώνυμο |  |
| Κλάδος |  |
| Οργανική Θέση |  |
| Θέση Υπηρέτησης |  |
| Τηλέφωνο |  |
| e-mail |  |
| Οδός |  | Αρ. |  |
| Πόλη |  | Τ.Κ. |  |
|  |
| **ΘΕΜΑ: «Χορήγηση Ειδικής Άδειας»** |
| Κατερίνη, ............/....../20...(τόπος – ημερομηνία) |

|  |
| --- |
|  |
|  |  |
| Ο – Η Αιτών/ούσα |