

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ: τη Δ/νση του ...Δ.Σ ...Νηπ/γείου

.....

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΚΛΑΔΟΣ:

ΣΧΟΛΕΙΟ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:.....

.....

ΠΟΛΗ:.....

Τ.Κ.:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **αναρρωτική άδεια** (.....) ημέρας/-ών από/...../..... έως και/...../....., σύμφωνα με τα άρ. 657 και 658 του Αστικού Κώδικα, το άρθ. 11 του Ν. 2874/2000 και την υπ' αρ. 79/14-07-1999 εγκύκλιο ΙΚΑ όπως αναφέρονται στην υπ' αρ. Φ.351.5/43/67822/Δ1/05-05-2014 εγκύκλιο Υπ.Π.Ε.Θ.

Απαραίτητα δικαιολογητικά που υποβάλλονται συνημμένα:

- 1) Ιατρική γνωμάτευση ιατρού συμβεβλημένου με τον ΕΟΠΠΥ
- 2) Ιατρική γνωμάτευση δημόσιου νοσοκομείου ή θεραπευτηρίου συμβεβλημένου με τον ΕΟΠΠΥ

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση αναρρωτικής άδειας»

Γρεβενά: __/__/____

Ο αιτών/ Η αιτούσα

Διαδικασία χορήγησης αναρρωτικής άδειας:

Για άδειες 1-3 ημερών: Οι αναπληρωτές οφείλουν να προσκομίσουν βεβαίωση ιατρού συμβεβλημένου με τον ΕΟΠΠΥ ή δημόσιου Νοσοκομείου. Σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση, η βεβαίωση πρέπει να είναι θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό του ΕΦΚΑ (πρώην ΙΚΑ).

Για άδειες άνω των 4 ημερών: Οι αναπληρωτές προσκομίζουν βεβαίωση δημόσιου Νοσοκομείου. Σε περίπτωση προσκόμισης βεβαίωσης από ιατρό ή άλλο θεραπευτήριο πρέπει να είναι θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό του ΕΦΚΑ (πρώην ΙΚΑ).



Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Περιφερειακό Πρόγραμμα «Δυτική Μακεδονία» Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο+ (ΕΚΤ+)