|  |  |
| --- | --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η**  ΕΠΩΝΥΜΟ:………………………………………  ΟΝΟΜΑ:………………………………………….  ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:……………..……….……….  ΚΛΑΔΟΣ:………………………………………… ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:……………………………………  ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:………………………………………  ΣΧΟΛΕΙΟ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΘΕΣΗΣ:  …………………………………………………….  ΣΧΟΛΕΙΟ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ:  ……………………………………………………  Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:  ΟΔΟΣ…………………….......ΑΡΙΘΜΟΣ………  ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ………………………………….  ΠΟΛΗ…………………….......ΝΟΜΟΣ…………...  TΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ: ……………………………..  TΗΛΕΦΩΝΟ ΚΙΝΗΤΟ:……………………………  **ΘΕΜΑ: «ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ»**  ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : ……/….../ ……. | **ΠΡΟΣ:**  **ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ**  **7ΟΥ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ**  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **αναρρωτική** **άδεια …………… ( ) ημερ…… από ………… μέχρι και ……………… .**  Συνημμένα:  (σημειώστε **Χ** στα τετραγωνίδια που σας αφορούν)  □ Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8, τουΝ. 1599/1986εκπ/κού για την ασθένεια (ακολουθεί υπόδειγμα) .  □ Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού .  □ Γνωμάτευση του διευθυντή κλινικής δημόσιου νοσοκομείου .  Ο/Η αιτ…  …………………………………………  (Υπογραφή ) |

  
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ  
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται µε αυτή τη δήλωση µπορεί να ελεγχθεί µε βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΠΡΟΣ(1): | **ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ 7ΟΥ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ** | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 - Η Όνοµα: |  | | | | | Επώνυµο: | | |  | | | | | | |
| Όνοµα και Επώνυµο Πατέρα: | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Όνοµα και Επώνυµο Μητέρας: | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Ηµεροµηνία γέννησης(2): | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Αριθµός Δελτίου Ταυτότητας: | | |  | | Τηλ: | | | | |  | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | |  | | Οδός: | | |  | | | | | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεοµοιοτύπου (Fax): | | |  | | | | | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδροµείου (Εmail): | | |  | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Με ατοµική µου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις(3), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι

**στις ……./……./.……. ήμουν άρρωστ….**……………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………………………………………(4)

Ημερομηνία: .........................................20......

Ο - Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόµενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δηµόσιου τοµέα που απευθύνεται η αίτηση.  
(2) Αναγράφεται ολογράφως.  
(3) "Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά µε έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιµωρείται µε φυλάκιση τουλάχιστον τριών µηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιµωρείται µε κάθειρξη µέχρι 10 ετών."  
(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.