|  |  |
| --- | --- |
| A black text on a black background  Description automatically generated | ΠΡΟΣ: |
| **Ειδικός Λογαριασμός Κονδυλίων Έρευνας**  **Πανεπιστημίου Πελοποννήσου** | Μ.Ο.Δ.Υ ΕΛΚΕ Πανεπιστημίου Πελοποννήσου  Τμήμα Διοικητικών Υποθέσεων |
| **Α Ι Τ Η Σ Η** |  |
| **Θέμα: Χορήγηση αναρρωτικής άδειας** | **ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ** |
|  |  |
| **Επώνυμο**:  **Όνομα**:  **Πατρώνυμο**:  **Κατηγορία:** 🞏 ΔΕ 🞏 ΤΕ 🞏 ΠΕ  Ιδιότητα: 🞏 Ι.Δ.Ο.Χ.  **Υπηρεσία:**  Τηλέφωνο:  Email: | Παρακαλώ να μου χορηγήσετε αναρρωτική άδεια (…..) ημερών από …………………. έως …...…………………, σύμφωνα με την συνημμένη ιατρική γνωμάτευση (μία ή περισσότερες). |
| Έλαβα Γνώση  Ο/Η Προϊστάμενος/μένη | Ο/Η Αιτών/ούσα |
|  | Ημερομηνία, ……/……/….…. |