|  |  |
| --- | --- |
| A black text on a black background  Description automatically generated | ΠΡΟΣ: |
| **Ειδικός Λογαριασμός Κονδυλίων Έρευνας****Πανεπιστημίου Πελοποννήσου** | Μ.Ο.Δ.Υ ΕΛΚΕ Πανεπιστημίου ΠελοποννήσουΤμήμα Διοικητικών Υποθέσεων |
| **Α Ι Τ Η Σ Η** |  |
| **Θέμα: Χορήγηση αναρρωτικής άδειας** | **ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ** |
|  |  |
| **Επώνυμο**: **Όνομα**: **Πατρώνυμο**: **Κατηγορία:** 🞏 ΔΕ 🞏 ΤΕ 🞏 ΠΕΙδιότητα: 🞏 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 ΓνώσηΟ/Η Προϊστάμενος/μένη | Ο/Η Αιτών/ούσα |
|  | Ημερομηνία, ……/……/….…. |