**ΑΙΤΗΣΗ του/της:**

Επώνυμο…………………………………………………………………

Όνομα…………………………………………………………………….

Πατρώνυμο……………………………………………………………

Μητρώνυμο…………………………………………………………..

Κλάδος……………………………………………………………………

Θέση που υπηρετώ: ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ Ηρακλείου/

 …………….ΣΔΕΥ Ηρακλείου

Δ/νση κατοικίας……………………………………………………

…………………………………………………………………………………

Τηλέφωνο………………………………………………………………

………………………………………………………………………………..

email:…………………………………………………………….

ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας **Ασθένειας Τέκνου.**

Χορηγηθείσα άδεια ασθένειας τέκνου τρέχοντος ημερολογιακού έτους:

…………………………………………………………………ημέρ……..

(συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

ΠΡΟΣ :

ΠΔΕ ΚΡΗΤΗΣ

(δια του ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ. Ηρακλείου)

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια ασθένειας **του** τέκνου μου ………………………………………………… …………………………(……….) ημερ….. από…………….έωςκα**ι………….** βάσει του αρθρ.23 του Π.Δ. 410/1988 όπως τροποποιήθηκε με την παρ.7β του άρθρου 47 του Ν.4674/2020 και της παρ.5 άρθρο 56 του Ν.4830/2021

**.**

Συνημμένα υποβάλλονται:

α) Ιατρική Βεβαίωση

β) Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης

Ημερομηνία:…………………………………………

………… Αιτ……………………