

Α Ι Τ Η Σ Η

Επώνυμο: _____

Όνομα: _____

Πατρώνυμο: _____

Ιδιότητα: _____

Θέση: _____

Βαθμός: _____

Διεύθυνση κατοικίας

Τηλ. Κατοικίας: _____

Τηλ. Γραφείου: _____

“Χορήγηση αναρρωτικής άδειας”

Θεσσαλονίκη,/...../200....

ΠΡΟΣ

Την Πρυτανεία του Αριστοτελείου

Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Θεσσαλονίκη

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε
αναρρωτική άδεια _____

_____ (___) ημερών από

Συνημμένως υποβάλλω ιατρική
γνωμάτευση.

Με τιμή

Ο αιτών/ Η αιτούσα