

**Πάτρα, -….-2023**

**Αριθ.πρωτ :**

**Σχετ.**

###

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

### **ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ**

### **ΠΕΛ/ΣΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ &ΙΟΝΙΟΥ**

### **ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ …………………….**

### **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ……………………………….**

### **ΤΜΗΜΑ ……………………………………..**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ταχ. Δ/νση  | **:** | **…………………………….** |
| Τ.Κ.  | **:** | **…………………………….** |
| Πληροφορίες  | **:** | **…………………………….** |
| Τηλέφωνο  | **:** | **…………………………….** |
| e-mail  | **:** | **…………………………….** |

###

###

###

###

**ΠΡΟΣ :**

Αρμόδια Υ.Ε.

**ΘΕΜΑ: Αποστολή δικ/κών ασθένειας υπαλλήλου .**

 ΣΧΕΤ. : Το από ……………………… αίτημα του/της υπαλλήλου

Σας στέλνουμε σε φωτ/φο την από …-…-2023 αίτηση με συνημμένο εξιτήριο και γνωμάτευση ιδιώτη/δημοσίου ιατρού -Νοσηλευτικό Ίδρυμα του/της υπαλλήλου κλάδου ………………………… (ειδ. ………………………………..), της Δ/νσης …………………………. της Αποκεντρωμένης Διοίκησης Πελ/σου Δυτικής Ελλάδας και Ιονίου, ………………………… (ονοματεπώνυμο υπαλλήλου)………………..…… **που ζητά τη χορήγηση ………….. (…) ημερών άδειας λόγω νοσηλείας από …………….. έως και ………………. και ……………. (…) ημέρων αναρρωτικής άδειας από ……………………. έως και ……………….**

 Ο/Η ανωτέρω υπάλληλος έχει συνολικό χρόνο υπηρεσίας ………….. . (....) έτη και δεν τελεί υπό μετάθεση, κατοικεί στη …….……. (Πόλη), …………..... (οδός & αριθμός), Τ.Κ. ………………… (τηλέφωνο επικοινωνίας ……………….. ΟΧΙ το υπηρεσιακό) και την τελευταία πενταετία έχει λάβει ……………… . (…) ημέρες αναρρωτική άδεια, και εκκρεμούν προς έγκριση από την Αρμόδια Υ.Ε. ………. (….) ημέρες αναρρωτικής αδείας **από …-…-2023 έως και …-…-2023, οι οποίες έχουν διαβιβαστεί με το αριθμ. πρωτ. ………/….-….-2023 έγγραφό μας** (Αναφέρουμε και τις τυχόν άδειες ασθένειες που δεν έχουν εγκριθεί ακόμη από την Υ.Ε.)

Παρακαλούμε για τις δικές σας ενέργειες, σύμφωνα με τα άρθρα 54, 55 και 56 του Ν.3528/07, όπως αντικαταστάθηκε με το ν . 4210/2013.

**Συνημμένα**

1. Αίτηση
2. ιατρική γνωμάτευση
3. εξιτήριο

**Με εντολή Συντονιστή**

**Ο Αρμόδιος Προϊστάμενος**

**………………………………**

 **ΚΟΙΝ.:**

Αρμόδιο Τμήμα για ΑΦ