

## ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΥΠΗΡΕΣΙΑ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

Δ/ΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:.....

.....

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ ...../...../.....

---

.....

.....

## ΠΡΟΣ

Την Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή  
Ν. Θεσσαλονίκης

Σας παρακαλώ να μου εγκρίνετε την  
αναρρωτική άδεια σύμφωνα με την  
γνωμάτευση του Θεράποντα Ιατρού.

Ο-Η ΑΙΤ...