



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
5<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Η/Ο Προϊστάμενος  
Γραμματείας

Η/Ο Προϊστάμενος  
Δ/κής- Οικ/κής Υπηρ.

ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

ΕΛΗΦΘΗ ΤΗΝ

Π / .....

...../...../20.....

ΓΙΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑ:

ΓΙΑ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ  
ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

## ΑΙΤΗΣΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

ΓΙΑ ΤΗΝ Α/ΘΜΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ (Αναρρωτική άδεια)

### Στοιχεία Εργαζόμενου:

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Υπηρεσία: <small>(π.χ. Διοικητική - Ιατρική - Νοσηλευτική)</small>	Κατηγορία/ Κλάδος:	Τμήμα Εργασίας:
Τηλ. Σταθερό:	Τηλ. Κινητό:	
Διεύθυνση: <small>(Οδός, Αρ., Πόλη, Τ.Κ.)</small>		

### Διεύθυνση Οικίας:

Οδός:	Αριθμός:	Πόλη:	Τ.Κ.
-------	----------	-------	------

### Σας υποβάλλω Ιατρική Γνωμάτευση του Ιατρού:

--

και παρακαλώ να μου χορηγήσετε Αναρρωτική Άδεια απουσίας από την εργασία μου με πλήρεις αποδοχές:

..... (αριθμός) ..... (ολογράφως) ημερών	αρχόμενη από ...../...../20.....
--	-------------------------------------

Ληφθείσες Αναρρωτικές άδειες  
την τελευταία πενταετία:  
(Συμπληρώνεται από το Τμήμα Προσωπικού)

..... (αριθμός) ημέρες

Ημ/νία Κατάθεσης Αίτησης

Ο/Η Αιτών/ούσα

...../...../20.....

Υπογραφή