

ΠΡΟΣ: Την Δ/ση Δ/κων Υπηρεσιών
της Ν. Α. Πέλλας
Τμήμα Προσωπικού

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ Σας υποβάλλω συνημμένα την από
..... ιατρική γνωμάτευση
ΟΝΟΜΑ θεράποντα ιατρού και παρακαλώ,
να μου χορηγήσετε άδεια κηΐσεως
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ από μέχρι και
(Υπαλλήλου της Ν. Α. Πέλλας)

Έδεσσα

Η ΑΙΤΟΥΣΑ.....

ΑΣ
ΑΜΜ.
ΣΕΒ

ΥΠΗΡΧ
ΥΠΗΡΧ
ΥΠΗΡΧ