|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ****ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΠΟΥΣΙΩΝ** | 3ο ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΑΜΑΛΙΑΔΑΣΑΡ. ΠΡΩΤ: …………………………ΗΜ/ΝΙΑ: ………./………/……………. |
| Στοιχεία **γονέα**/**κηδεμόνα**ΕΠΩΝΥΜΟ : ΟΝΟΜΑ : ΤΗΛΕΦΩΝΟ :  | **Προς 3ο Γυμνάσιο Αμαλιάδας**Παρακαλώ όπως δικαιολογήσετε τις απουσίες από τα μαθήματα τ\_\_\_ μαθητ \_\_ Όνομα : Επώνυμο : του τμήματος που οφείλονται \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ημέρες απουσίας : Από / / μέχρι / / Συνημμένα υποβάλλω:* *Ιατρική Γνωμάτευση Δημοσίου Νοσοκομείου* ***με σφραγίδα*** *Συντονιστή/Διευθυντή Κλινικής*
* *Ιατρική Γνωμάτευση Ιδιωτικού Νοσοκομείου* ***με σφραγίδα*** *θεράποντος ιατρού* ***και*** *του Διοικητικού Διευθυντή της Κλινικής.*
* *Ιατρική Γνωμάτευση Δημοσίου Κέντρου Υγείας* ***με σφραγίδα*** *του Διευθυντή του Κέντρου.*
* *Εξιτήριο Νοσοκομείου.*
* *Υπεύθυνη δήλωση ν. 1599/1986 (ότι απουσίαζε λόγω νόσησης από covid-19). \*Απαιτείται πρόσθετα η επίδειξη βεβαίωσης θετικού ελέγχου.*
* *Ιατρική Βεβαίωση/Γνωμάτευση για νόσηση από εποχική γρίπη (όπου αναγράφεται ο λόγος και η επιβεβλημένη διάρκεια απουσίας)*

*Άλλο/Άλλα :* Αμαλιάδα, / / Ο/Η αιτών/αιτούσα \_*(υπογραφή)* |