|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  **ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΠΟΥΣΙΩΝ** | 3ο ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ  ΑΡ. 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)* |