



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5η 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/...../20.....
ΓΙΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑ: Τμ. Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού	ΓΙΑ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

Αίτηση Χορήγησης Ειδικών Αδειών

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ:		
Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Υπηρεσία:	Τμήμα:	
Κατ/Κλάδος:	Αρ. Μητρ. Εργαζομένου:	

ΠΑΡΑΚΑΛΩ:

Να μου χορηγήσετε την παρακάτω σημειούμενη άδεια για χρονικό διάστημα () (ολογράφως) ημερών και συγκεκριμένα από / /202... μέχρι / /202... (τελευταία ημέρα) Συνημμένα δικαιολογητικά* (αριθμός)

*Τα συνημμένα δικαιολογητικά να προσκομίζονται σε σφραγισμένο φάκελο

ΕΙΔΟΣ ΑΔΕΙΑΣ:

<input type="checkbox"/> Γάμου	<input type="checkbox"/> Δικαστική	<input type="checkbox"/> Συνδικαλιστική
<input type="checkbox"/> Κύησης	<input type="checkbox"/> Λοχείας	<input type="checkbox"/> Κανονική άδεια κυοφορίας
<input type="checkbox"/> Αιμοληψίας ή λήψης αιμοπεταλίων (Αιμοδοσίας)	<input type="checkbox"/> Εκλογική	<input type="checkbox"/> Πένθους
<input type="checkbox"/> Υπηρεσιακής Εκπαίδευσης	<input type="checkbox"/> Μετεκπαίδευση	<input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση
<input type="checkbox"/> Ειδική άδεια 6 ημερών λόγω αναπηρίας	<input type="checkbox"/> Μειωμένο ωράριο λόγω αναπηρίας	
<input type="checkbox"/> Για ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο	<input type="checkbox"/> Άδεια λόγω ασθένειας συζύγου ή ανήλικου τέκνου	
<input type="checkbox"/> Ειδική Άδεια είκοσι δύο (22) ημερών επιπλέον της κανονικής (άρθ. 50 παρ. 2, Ν. 3528/07 & άρθ. 149, Ν. 4483/17)		
<input type="checkbox"/> Ανατροφής Τέκνου (για θετούς & Ανάδοχους γονείς)	<input type="checkbox"/> Διευκόλυνσης για γέννηση 4 ^{ου} Τέκνου & Άνω	
<input type="checkbox"/> Άδεια σε περίπτωση Ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής		
<input type="checkbox"/> Άνευ Αποδοχών για Προσωπικούς Λόγους	<input type="checkbox"/> διάρκειας 1 μηνός	<input type="checkbox"/> διάρκειας έως και 5 έτη
<input type="checkbox"/> Άνευ Αποδοχών για Ανατροφή Τέκνου με αποδοχές (διάρκειας έως και 3 μήνες)		
<input type="checkbox"/>	Υπηρεσιακή (περιγράψτε):	
<input type="checkbox"/>	Άλλο (περιγράψτε):	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Έλαβα Γνώση
Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος/Κλινικής

Ο/Η Αιτών