

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΠΡΟΣ**  
**2<sup>ο</sup> ΓΕΛ ΡΕΘΥΜΝΟΥ**

Επώνυμο:.....

Όνομα:.....

Πατρώνυμο:.....

Αρ. Δελτ. Ταυτ.:.....

ΑΦΜ:.....

Δ/ση κατοικίας:.....

.....

Τηλέφωνο:.....

Παρακαλώ να μην προσμετρήσετε τις  
απουσίες λόγω εποχικής ιογενούς  
αναπνευστικής λοίμωξης<sup>(\*)</sup>  
του/της κηδευομένου/νης μου  
μαθητή/τριας

.....

.....

της ..... τάξης, από:

...../...../202... έως και

...../...../202...

**ΘΕΜΑ:**

«Δικαιολόγηση απουσιών λόγω νόσησης από  
εποχική ιογενή λοίμωξη »

Ο/Η αιτών /αιτούσα κηδεμόνας

Ημερομηνία: ...../...../202.....

**Συνημμένο 1:**

Βεβαίωση δημόσιου νοσηλευτικού ιδρύματος

Βεβαίωση ιδιωτικού νοσηλευτικού ιδρύματος

Βεβαίωση ιδιώτη γιατρού

(η οποία πιστοποιεί το είδος και τη διάρκεια της ασθένειας)

<sup>(\*)</sup> Το όριο δικαιολόγησης απουσιών από εποχική ιογενή αναπνευστική λοίμωξη είναι έως πέντε (5) εργάσιμες μέρες (συνολικά για το σχολικό έτος 2023-2024 από 1ης Νοεμβρίου 2023 έως και 31 Μαρτίου 2024) (ΥΠΑΙΘ -εγκύκλιος Φ1/2572/Δ2 / 10-01-2024)