**ΑΙΤΗΣΗ**

Επώνυμο: ………………………………………………….

Όνομα: ………………………………………………………

Πατρώνυμο: ……………………………………………….

Κλάδος: ……………………………………………………….

Α.Μ./Α.Φ.Μ.: …………………………………………………………..

Θέση που υπηρετώ: ………………………………………….

…………………………………………………………………..

Διεύθυνση κατοικίας:

Οδός: ……………………………………………………………….

Αριθμός: ……………….. ΤΚ: ………………………………….

Τόπος κατοικίας: ……………………………………………..

Τηλέφωνα επικοινωνίας:

Σταθερό: ………………………………………………………….

Κινητό: …………………………………………………………….

ΘΕΜΑ: «**Χορήγηση Ειδικής Άδειας Αυξημένου Κινδύνου»**

Θεσσαλονίκη, …. / …. / 2020

**ΠΡΟΣ**

………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε Ειδική Άδεια Αυξημένου Κινδύνου με αποδοχές, για το χρονικό διάστημα από τις …/…./2020 έως τις …/…./2020, βάσει ρυθμίσεων για την αντιμετώπιση της ανάγκης περιορισμού της διασποράς του κορωνοϊού.

Συνημμένα υποβάλλω:

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

………………………….