

# ΑΙΤΗΣΗ

**ΤΟΥ/ΤΗΣ**

**ΠΡΟΣ**

Επώνυμο:..... **Το 7<sup>ο</sup> ΓΕΛ Ηρακλείου**  
Όνομα:.....  
Πατρώνυμο:..... Παρακαλώ να μην προσμετρήσετε  
Αρ. Δελτ. Ταυτ.:..... τις απουσίες **λόγω ιογενούς**  
**λοίμωξης του αναπνευστικού<sup>(\*)</sup>**  
ΑΦΜ:..... του/της μαθητή/τριας .....  
.....  
.....  
Δ/ση κατοικίας:..... της ..... τάξης, από:  
...../...../202... έως και  
...../...../202...  
.....  
Τηλέφωνο:.....

**ΘΕΜΑ:** Δικαιολόγηση απουσιών λόγω  
ιογενούς λοίμωξης του αναπνευστικού

Ημερομηνία:...../...../2024  
.... Αιτ.....

**(\*)** Το όριο δικαιολόγησης απουσιών λόγω ιογενούς λοίμωξης του αναπνευστικού είναι πέντε (5) εργάσιμες μέρες (μέχρι 31/03/2024 - Υ.Α. Φ1/2572/Δ2/10-01-2024/Υ.ΠΑΙ.Θ.)