**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΠΟΥΣΙΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ Ο ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ ΔΕΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΠΛΗΡΕΣ ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ**

Βεβαιώνουμε ότι με βάση τα επίσημα διαθέσιμα στοιχεία του φορέα μας, οι εργαζόμενοι της δομής «………………………………….», απουσίασαν κατά το χρονικό διάστημα από………. έως………. χωρίς επιβάρυνση του φορέα μας (Δήμος/Κοινωφελής Επιχείρηση Δήμου …………..) με το πλήρες μισθολογικό κόστος, όπως αποτυπώνεται στον παρακάτω πίνακα:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Α/α** | **Ονοματεπώνυμο** | **Ημέρες απουσίας για τις οποίες ο δικαιούχος δεν επιβαρύνθηκε με το πλήρες μισθολογικό κόστος** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |

Ο/Η προϊστάμενος/η Ο/Η προϊστάμενος/η

Τμήματος Προσωπικού Τμήματος Μισθοδοσίας

………………………………… ……………………………………

*(υπογραφή, σφραγίδα) (υπογραφή, σφραγίδα)*