|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  Επώνυμο:……………………………  Όνομα:…............................................  Όνομα πατέρα:………………………..  Όνομα μητέρας:………………………  Κλάδος/Ειδικότητα……………………  Δ/νση κατοικίας:…………………….  Τηλ. κατοικίας:……………………..  Τηλ. Κινητό:…………………………  Email: …………………………………  ΑΦΜ:……………………………….  **ΓΙΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ / ΩΡΟΜΙΣΘΙΟΥΣ:**  Αναπληρωτής ΠΛΗΡΟΥΣ  Αναπληρωτής ΕΣΠΑ-ΠΛΗΡΟΥΣ  Αναπληρωτής ΕΣΠΑ-ΑΜΩ  Ωρομίσθιος  ΚΕΔΑΣΥ/Σχολείο/α που υπηρετεί:  …………………………………………….  **Θέμα: «Χορήγηση άδειας κύησης»**  ……………………,……/……/………….  *(Τόπος) (Ημερομηνία)* | ΠΡΟΣ:  …………………………………………………………  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια κύησης** ……………………………………….( ) ημερών και συγκεκριμένα από ...../...../…………. έως και ....../...../…………..    Συνημμένα υποβάλλω:  1. Βεβαίωση του θεράποντος ιατρού για την πιθανολογούμενη ημερομηνία τοκετού (**ΠΗΤ**).  2. Απόφαση του ΕΦΚΑ χορήγησης επιδόματος άδειας κύησης.  **Η Αιτούσα**  ............................... |
|  |  |