|  |  |
| --- | --- |
| **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**............................... |
|  |  |