|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ****Επώνυμο**:…………………………………………………………..**Όνομα**:…...............................................................Όνομα πατέρα:………………………………………………….Κλάδος/Ειδικότητα:……………..……………………………Δ/νση κατοικίας:……………………………………………….Τηλ. κατοικίας:……………………………….…………………Τηλ. Κινητό.:…………………………………………………….ΑΦΜ:……………………………………………………….……..**ΓΙΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ / ΩΡΟΜΙΣΘΙΑ:**Αναπληρώτρια ΠΛΗΡΟΥΣ Αναπληρώτρια ΕΣΠΑ-ΠΛΗΡΟΥΣ Αναπληρώτρια ΕΣΠΑ-ΑΜΩ Ωρομίσθια **ΚΕΔΑΣΥ/Σχολείο/α που υπηρετώ:**…………………………………………………………………………**Θέμα: «Χορήγηση άδειας προγεννητικών εξετάσεων»**………………………, ………/………./20……*(Τόπος) (Ημερομηνία)* | **ΠΡΟΣ**: ………………………………………………………………Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια προγεννητικών εξετάσεων\* μιας (01) ημέρας την ……./….…/……………, *\* (απαιτείται προηγούμενη ενημέρωση του εργοδότη με κάθε πρόσφορο μέσο προκειμένου η εργαζόμενη να υποβληθεί σε εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου, εφόσον αυτές πρέπει να γίνουν κατά τη διάρκεια του χρόνου εργασίας)*ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:Ιατρική Βεβαίωση διενέργειας προγεννητικών εξετάσεων.**Η Αιτούσα**…………………………………(υπογραφή) |