|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ****Επώνυμο**:…………………………………………………………..**Όνομα**:…...............................................................Όνομα πατέρα:………………………………………………….Κλάδος/Ειδικότητα:……………..……………………………Δ/νση κατοικίας:……………………………………………….Τηλ. κατοικίας:……………………………….…………………Τηλ. Κινητό.:…………………………………………………….ΑΦΜ:……………………………………………………….……..**ΓΙΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΕΣ / ΩΡΟΜΙΣΘΙΕΣ:**Αναπληρώτρια ΠΛΗΡΟΥΣ Αναπληρώτριας ΕΣΠΑ-ΠΛΗΡΟΥΣ Αναπληρώτρια ΕΣΠΑ-ΑΜΩ Ωρομίσθια **ΚΕΔΑΣΥ/Σχολείο/α που υπηρετώ:**…………………………………………………………………………**Θέμα: «Χορήγηση άδειας ετήσιου γυναικολογικού ελέγχου»**………………………, ………/………./20……*(Τόπος) (Ημερομηνία)* | **ΠΡΟΣ**: ………………………………………………………………Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια ετήσιου γυναικολογικού ελέγχου μιας (01) ημέρας την ……./….…/……………, ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:Ιατρική Βεβαίωση διενέργειας γυναικολογικού ελέγχου.**Η Αιτούσα**…………………………………(υπογραφή) |