|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** | | **ΠΡΟΣ**  **ΚΕΔΔΥ / ΣΧ. ΜΟΝΑΔΑ**  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια κύησης ………. ημερών**  από ……..……………………………….…………...  έως ………………………………………….………….  Συνημμένα:  (σημειώστε Χ στα τετραγωνίδια που σας αφορούν)  βεβαί­ωση του θεράποντος ιατρού για τον πιθανολογούμενο χρόνο τοκετού  βεβαίωση ΙΚΑ χορήγησης επιδόματος άδειας κύησης  Η αιτούσα  ………………………………………………………………  (Υπογραφή ) |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: |  |
| ΟΝΟΜΑ: |  |
| ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: |  |
| ΚΛΑΔΟΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: |  |
| ΣΧ. ΜΟΝΑΔΑ/ΚΕΔΔΥ ΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ: |  |
|  |  |
| Δ/ΝΣΗ ΟΙΚΕΙΑΣ: |  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ: |  |
| ΤΚ ΠΟΛΗ: |  |
|  |  |
| ΤΗΛ. ΟΙΚΕΙΑΣ: |  |
| ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ: |  |
| e-mail: |  |
|  | |
| **ΘΕΜΑ: «ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΗΣΗΣ»** | |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ……………………………………. | |  |