|  |  |
| --- | --- |
| **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 κύησηςΗ 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 ……………………………………. |  |