|  |  |
| --- | --- |
|  **ΑΙΤΗΣΗ**Επώνυμο:……………………………Όνομα:…............................................ Όνομα πατέρα:………………………..Όνομα μητέρας:………………………Κλάδος:………………………………Δ/νση κατοικίας:…………………….Τηλ. κατοικίας:……………………..Κινητό τηλ.:…………………………ΑΦΜ:……………………………….Σχολείο/α που υπηρετεί…………………...…………………………………………….**Θέμα: «Χορήγηση άδειας κύησης»**………………, ..…/……/..… (*Τόπος, Ημερομηνία)* | **ΠΡΟΣ:**………………………………………………………………… Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια κύησης** ……………………………………….( ) ημερών και συγκεκριμένα από ...../...../…………. έως και ....../...../………….. Συνοδευτικά υποβάλλω: Βεβαίωση του θεράποντος ιατρού για την πιθανολογούμενη ημερομηνία τοκετού (**ΠΗΤ**). **Η Αιτούσα** ............................... |
|  |  |