|  |  |
| --- | --- |
| **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) |