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