|  |  |
| --- | --- |
| **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**  ............................... |
|  |  |