|  |  |
| --- | --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η**ΕΠΩΝΥΜΟ:……………………………………ΟΝΟΜΑ:…………………………………………ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:……………..……….………ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ EΣΠΑ ΠΕ ……..ΣΧΟΛΕΙΟ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ: ……………………………………………………Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:ΟΔΟΣ…………………….......ΑΡΙΘΜΟΣ……………ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ…………… .. ΠΟΛΗ…………………….......………......TΗΛΕΦΩΝΟ : ……………………………..ΘΕΜΑ: « **ΑΔΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ»**Πάτρα, ………………**………**….. | **ΠΡΟΣ****Δ/ΝΣΗ Π.Ε. ΑΧΑΪΑΣ** **(Μέσω του/της Δ/ντή- Δ/ντριας του Σχολείου)** Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια κύησης** από………………………………….. ……………………………………………………… 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 )  |

