|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** |  | **ΠΡΟΣ** |
|  |  | Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια ανατροφής τέκνου διάρκειας 9 μηνών (270 ημερών), από …. / …. / ……. έως και …../…../…...  Συνημμένα υποβάλω:   * Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης * υπεύθυνη δήλωση του/της συζύγου μου ότι δε θα κάνει χρήση της 9μηνης άδειας ανατροφής * υπεύθυνη δήλωση ότι θα κάνω χρήση της 9μηνης άδειας ανατροφής και όχι του μειωμένου ωραρίου. |
| **Επώνυμο** |  |
|  |  |
| **Όνομα** |  |
|  |  |
| **Πατρώνυμο** |  |
|  |  |
| **Κλάδος / Ειδικότητα** |  |
|  |  |
| **Αριθμός Μητρώου Εκπαιδευτικού**  (**ΑΦΜ για αναπληρωτές/ωρομίσθιους)** |  |
|  |  |
| **Σχολείο οργανικής θέσης** |  |
|  |  |
| **Σχολείο που υπηρετώ** |  |
|  |  |
| **Έτη Υπηρεσίας** |  |
|  |
| **Σταθερό / Κινητό τηλέφωνο** |
|  |  |
| **Διεύθυνση κατοικίας** |  |
|  |  |
| **Πόλη / ΤΚ** |  |
| **Θέμα**:  **Χορήγηση άδειας** **ανατροφής τέκνου**  **Τόπος / Ημερομηνία**                      ,         /         /           / | Ο/Η αιτών/αιτούσα  Υπογραφή | |
|  |  | |