|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  |  | **ΠΡΟΣ**     |
|  |  |  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια κύησης διάρκειας .…………... ( ) ημερ…..., από …. / …. / …… μέχρι …. / …. / …… Συνημμένα υποβάλω:* Ιατρική βεβαίωση από ιατρό μαιευτήρα του ΕΦΚΑ στην οποία αναγράφεται **η Π.Η.Τ. (πιθανή ημερομηνία τοκετού)**
* Βεβαίωση επιδόματος μητρότητας ΕΦΚΑ (αν ήδη υπάρχει)
 |
| **Επώνυμο** |  |
|  |  |
| **Όνομα** |  |
|  |  |
| **Πατρώνυμο** |  |
|  |  |
| **Κλάδος / Ειδικότητα** |  |
|  |  |
| **Αριθμός Μητρώου Εκπαιδευτικού** (**ΑΦΜ για αναπληρωτές/ωρομίσθιους)** |  |
|  |  |
| **Σχολείο που υπηρετώ** |  |
|  |  |
| **Ημ. Πρόσληψης** |  |
|  **🞎 ΠΔΕ 🞎 Κρατικός Προϋπολογισμός** |  |
| **Τύπος Πρόσληψης** |  |
|  |
| **Σταθερό / Κινητό τηλέφωνο** |
|  |  |
| **Διεύθυνση κατοικίας** |  |
|  |  |
| **Πόλη / ΤΚ** |  |
| **Θέμα**:  **Χορήγηση άδειας κύησης** **Τόπος / Ημερομηνία**                      ,         /         /           / | Ο/Η αιτών/αιτούσαΥπογραφή |
|  |  |