|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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/αιτούσα  Υπογραφή | |
|  |  | |