|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** |  | **ΠΡΟΣ** |
|  |  | Παρακαλώ να μου χορηγήσετε κανονική άδεια κυοφορίας με αποδοχές, διάρκειας .…………... ( ) ημερ…..., σύμφωνα με το αρ.52 παρ.3 του Ν.3528/2007  από …. / …. / …… μέχρι …. / …. / ……  Συνημμένα υποβάλω:   1. Ιατρική βεβαίωση θεράποντος ιατρού 2. Βεβαίωση Διευθυντή Γυναικολογικής ή Μαιευτικής κλινικής ή τμήματος Δημόσιου Νοσηλευτικού Ιδρύματος |
| **Επώνυμο** |  |
|  |  |
| **Όνομα** |  |
|  |  |
| **Πατρώνυμο** |  |
|  |  |
| **Κλάδος / Ειδικότητα** |  |
|  |  |
| **Αριθμός Μητρώου Εκπαιδευτικού** |  |
|  |  |
| **Σχολείο οργανικής θέσης** |  |
|  |  |
| **Σχολείο που υπηρετώ** |  |
|  |  |
| **Έτη Υπηρεσίας** |  |
|  |
| **Σταθερό / Κινητό τηλέφωνο** |
|  |  |
| **Διεύθυνση κατοικίας** |  |
|  |  |
| **Πόλη / ΤΚ** |  |
| **Θέμα**:  **Χορήγηση κανονικής άδειας κυοφορίας**  **Τόπος / Ημερομηνία**                      ,         /         /           / | Η αιτούσα  Υπογραφή | |
|  |  | |