|  |  |
| --- | --- |
| **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 κύησης  Η αιτούσα  …………………………………………  (Υπογραφή ) |

