**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** ………………………………………

**ΟΝΟΜΑ:** ………………………………………….

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** ………………………………….

**ΚΛΑΔΟΣ:** ………………………………………….

**Α.Μ. :** ………………………………………………

**ΣΧΟΛΕΙΟ/Α ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:** …………………..

………………………………………………………….

………………………………………………………….

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:** ……………………….… …………………………………………………….….

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚ/ΝΙΑΣ:** …………………………………………………………

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:** ………………………………………………………..

**Email:** ……………………………………………..

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας κύησης»**

 ……………………….., \_\_ /\_\_ /\_\_

**ΠΡΟΣ: τον κ. Δ/ντή της Δ.Π.Ε ΗΛΕΙΑΣ**

(μέσω της Δ/νσης του …..Δ.Σ/…..Νηπ/γείου

 ………………….………………………)

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια **κύησης** διάρκειας **δύο (02) μηνών** και από \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ μέχρι και \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**Συνοδευτικά υποβάλλω:**

□ βεβαί­ωση του θεράποντος ιατρού για τον πιθανολογούμενο χρόνο τοκετού

*(σχολείο)* …………………………………………………………….

**Αριθμ Πρωτ.: …......../** \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

**Διαβιβάζεται στη Δ/νση Π.Ε. Ηλείας**

**Ο/Η Δ/ντ ……..… /Προϊσταμεν ……….**

*(Ονοματεπώνυμο/Υπογραφή)*

 **Η Αιτούσα**

 **…………………………………………**