**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** ………………………………………

**ΟΝΟΜΑ:** ………………………………………….

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** ………………………………….

**ΚΛΑΔΟΣ:** ………………………………………….

**ΣΧΟΛΕΙΟ/Α ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:** …………………..

………………………………………………………….

………………………………………………………….

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

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

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

**Email:** ……………………………………………..

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας** **μητρότητας (κύησης )»**

……………………….., \_\_ /\_\_ /\_\_

**ΠΡΟΣ: τη Δ/νση Π.Ε. Ηλείας**

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

…………………………………….)

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια** **μητρότητας (κύησης)** διάρκειας …………………….. (………) ημερ……… από ………/……/……. έως ……/……/……. με βάση την πιθανή ημερομηνία τοκετού (ήτοι ………/………/……….).

Επισυνάπτω:

* Βεβαίωση ιατρού για πιθανή ημερομηνία τοκετού □
* Απόφαση επιδόματος μητρότητας ΕΦΚΑ □

**Η Αιτούσα**

**………………………………………**

*(σχολείο)* …………………………………………………………….

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

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

**Ο/Η Δ/ντ ……..… /Προϊσταμεν ……….**

*(Ονοματεπώνυμο/ Σφραγίδα /Υπογραφή)*