

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΚΛΑΔΟΣ:

Α.Μ. :

ΣΧΟΛΕΙΟ/Α ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:

.....

.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚ/ΝΙΑΣ:

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

.....

Email:

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση κανονικής άδειας
κυοφορίας»

....., __/__/__

**ΠΡΟΣ: τον κ. Δ/ντή του 3^{ου} Δημοτικού
Σχολείου Πύργου Ηλείας**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **κανονική
άδεια κυοφορίας** διάρκειας
(.....) ημερών από έως
..... .

Επισυνάπτω:

- βεβαίωση θεράποντος ιατρού και
διευθυντή γυναικολογικής ή
μαιευτικής κλινικής ή τμήματος
δημοσίου νοσηλευτικού ιδρύματος

(σχολείο)

Αριθμ Πρωτ.:/ ____ - ____ - ____

Διαβιβάζεται στη Δ/νση Π.Ε. Ηλείας

Ο/Η Δ/ντ /Προϊσταμεν

(Ονοματεπώνυμο/Υπογραφή)

Η Αιτούσα

.....