**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** ………………………………………

**ΟΝΟΜΑ:** ………………………………………….

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** ………………………………….

**ΚΛΑΔΟΣ:** ………………………………………….

**Α.Μ.:** ………………………………………………..

**ΣΧΟΛΕΙΟ/Α ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:** …………………..

………………………………………………………….

………………………………………………………….

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

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

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

**Email:** ……………………………………………..

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση ειδικής άδειας για τη διενέργεια ετήσιου γυναικολογικού ελέγχου»**

……………………….., \_\_ /\_\_ /\_\_

**ΠΡΟΣ: τη Δ/νση του 3ου Δημοτικού Σχολείου Πύργου Ηλείας**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε ειδική άδεια μίας (1) ημέρας, από …. / …. / για τη διενέργεια **ετήσιου γυναικολογικού ελέγχου**.

Επισυνάπτω:

* σχετική βεβαίωση του θεράποντος ιατρού □

*(σχολείο)* …………………………………………………………….

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

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

**Ο/Η Δ/ντ ……..… /Προϊσταμεν ……….**

*(Ονοματεπώνυμο/Υπογραφή)*

**……………………………………………**

**Η Αιτούσα**

**…………………………………………**