

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/ση του 3^{ου} 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/ση Π.Ε. Ηλείας

Ο/Η Δ/ντ / Προϊσταμεν

(Ονοματεπώνυμο/Υπογραφή)

.....

Η Αιτούσα

.....



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Πρόγραμμα
Ανθρώπινο Δυναμικό και
Κοινωνική Συνοχή

