|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**Επώνυμο:…………………………………………Όνομα:….................................... Όνομα πατέρα:…………………………………Όνομα μητέρας:………………………………Κλάδος:……………………………………………Δ/νση κατοικίας:…………………….........Τηλ. κατοικίας:…………………………………Κινητό τηλ.:…………………………………….Email: ……………………………………………..**ΓΙΑ ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ : ΜΟΝΙΜΟΙ / ΙΔΑΧ** Μόνιμος αποσπασμένος ……………...........Μόνιμος στη διάθεση………………………………Μόνιμος σε οργανική……………………………..Διάθεση από Δευτεροβάθμια(πλήρης….)-(μερική...)Σχολείο που έχει οργανική………………….…Σχολείο/α που υπηρετεί ……………………….…….………………………………………………..……… **ΘΕΜΑ:«Χορήγηση άδειας κύησης»**………………………………………………………..*(τόπος) (ημερομηνία)*  | **ΠΡΟΣ:****Τη Διεύθυνση Π.Ε. Νομού ΛΑΣΙΘΙΟΥ**Δια του Διευθυντή/ντριας – Προϊσταμένου/νηςτου ……………………………………………………………….. *(ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ)*Αριθμ.Πρωτ.Σχολείου: ………….Ημερομηνία : …………………………  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια** **κύησης** δύο (2) μηνών από ………/………/………….. (ημερομηνία κατά την οποία εισέρχομαι στον 8Ο μήνα της κύησης) έως και ………/………/……………σύμφωνα με τη συνημμένη ιατρική ιατρική γνωμάτευση. Η Αιτούσα ................................ |
|  |  |