|  |  |
| --- | --- |
| **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/νης  του ………………………………………………………………..  *(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  ................................ |
|  |  |