

# Αίτηση

Τόπος:

Ημερομηνία:

Αριθμ. Πρωτ.:

ΠΡΟΣ: Τη Διεύθυνση Π.Ε. ΖΑΚΥΝΘΟΥ  
Δια του Δ/ντή/ντριας - Προϊσταμένης του

Δημ. Σχολείου

Νηπιαγωγείου

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΚΛΑΔΟΣ-ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ<sup>(1)</sup>:

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ<sup>(2)</sup>:

ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ:

ΘΕΣΗ ΟΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ:

ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ<sup>(3)</sup>:

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:  
(οδός-αριθμός-πόλη)

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια κυοφορίας με πλήρεις αποδοχές (2 μηνών)**:

από: ..... έως: .....

**Συνοδευτικά υποβάλλω:**

Βεβαίωση θεράποντος γιατρού με πιθανή ημερομηνία τοκετού.

**Θέμα: "Χορήγηση άδειας κυοφορίας"**

**Η ΑΙΤΟΥΣΑ**

(1) Συμπληρώστε με: Μόνιμος, Αναπληρωτής, Αναπληρωτής ΕΣΠΑ, Ωρομίσθιος.

(2) Συμπληρώστε με: Με οργανική, από διάθεση ΠΥΣΠΕ/ΠΥΣΔΕ, από απόσπαση ΠΥΣΠΕ/ΠΥΣΔΕ, από λειτουργική υπεραριθμία, Δ/ντής ή Προϊστάμενος, με μερική/ολική απασχόληση (για αναπληρωτές-ωρομίσθιους)

(3) Συμπληρώστε με τον αριθμό κινητού τηλεφώνου και με τον αριθμ. τηλ. εργασίας/οικίας, για να μπορέσουμε ενδεχομένως να επικοινωνήσουμε μαζί σας πρωινές ώρες.