|  |  |
| --- | --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η**ΕΠΩΝΥΜΟ:…………………………………………..ΟΝΟΜΑ: ……………………………………………..ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:……………..……….……………ΚΛΑΔΟΣ/ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ………………………………………..ΒΑΘΜΟΣ:………………………Μ.Κ.:……………….TΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ: ………………………………TΗΛΕΦΩΝΟ ΚΙΝΗΤΟ: ……………………………..  | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :………………………/ ….../ 20…….ΘΕΜΑ: **«Χορήγηση κανονικής άδειας κυοφορίας με αποδοχές λόγω ανάγκης ειδικής θεραπείας»** **ΠΡΟΣ****ΔΗΜΟ……………….**Γραφείο ΠροσωπικούΣας υποβάλλω συνημμένα βεβαίωση του θεράποντος ιατρού και του διευθυντή γυναικολογικής κλινικής (ή μαιευτικής κλινικής ή τμήματος δημόσιου νοσηλευτικού ιδρύματος) και παρακαλώ για τις σχετικές ενέργειές σας προκειμένου να μου χορηγηθεί κανονική άδεια κυοφορίας με αποδοχές από …./…./….. έως και …./…./…… , λόγω ανάγκης ειδικής θεραπείαςΗ αναρρωτική μου άδεια έχει εξαντληθεί.**Συνημμένα:** 1. Bεβαίωση του θεράποντος ιατρού 2. Bεβαίωση διευθυντή γυναικολογικής κλινικής (ή μαιευτικής κλινικής ή τμήματος δημόσιου νοσηλευτικού ιδρύματος)Η αιτούσα ………………………………………… (Υπογραφή ) |