|  |  |
| --- | --- |
| **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 Προσωπικού  Σας 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 θεραπείας  Η 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 ) |