|  |  |
| --- | --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η**  ΕΠΩΝΥΜΟ:…………………………………………..  ΟΝΟΜΑ: ……………………………………………..  ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:……………..……….……………  ΚΛΑΔΟΣ/ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ………………………………………..  ΒΑΘΜΟΣ:………………………Μ.Κ.:……………….  TΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ: ………………………………  TΗΛΕΦΩΝΟ ΚΙΝΗΤΟ: …………………………….. | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :………………………/ ….../ 20…….  **ΘΕΜΑ:** **«Χορήγηση άδειας τοκετού»**  **ΠΡΟΣ**  **ΔΗΜΟ……………….**  Γραφείο Προσωπικού  Σας υποβάλλω συνημμένα ιατρική γνωμάτευση του θεράποντα ιατρού ………………………………….. με πιθανή ημερομηνία γέννησης την …./…../……. και παρακαλώ για τις σχετικές ενέργειές σας προκειμένου να μου χορηγηθεί άδεια τοκετού διάρκειας δύο (2) μηνών.  **Συνημμένα:**  1. Γνωμάτευση θεράποντος ιατρού με πιθανή ημερομηνία γέννησης  2. ………………..  Η αιτούσα  …………………………………………  (Υπογραφή ) |