|  |  |
| --- | --- |
| **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 γέννησης2. ………………..Η αιτούσα ………………………………………… (Υπογραφή ) |