|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΑΙΤΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΗΣΗΣ   |  | | --- | | ………………………………………………………………………………... | | Ονοματεπώνυμο Αιτούντος-Αιτούσας: | | ………………………………………………………………………………... | | Πατρώνυμο: | | ………………………………………………………………………………... | | Α.Φ.Μ.: | | ………………………………………………………………………………... | | Δ.Ο.Υ: | | ………………………………………………………………………………... | | Αναπληρωτής: Πλήρους /Μειωμένου Ωραρίου | | ………………………………………………………………………………... | | Ειδικότητα: (λεκτικό) | | ………………………………………………………………………………... | | Τηλέφωνα: Σταθερό-ά/ Κινητό-ά | | ………………………………………………………………………………... | | ………………………………………………………………………………...  Διεύθυνση Κατοικίας/Τ.Κ./Πόλη: | | Αρ. Πρωτ.: ………………………..…  Ημερομηνία Λήψης: ……../……../…………..  ΠΡΟΣ:  Τη Δ/νση Δ.Ε. Καστοριάς  (διά μέσου της σχολικής μονάδας)    Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια κύησης. Σας επισυνάπτω:  🞎 βεβαίωση γιατρού του ασφαλιστικού φορέα για την πιθανή ημερομηνία τοκετού,  🞎 στη συνέχεια θα σας προσκομίσω βεβαίωση αποζημίωσης από το τμήμα παροχών του φορά ασφάλισης.  Ο/Η αιτών-ούσα :  *………………………………*  (Υπογραφή) |
| ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας κύησης»  Καστοριά, ……/……/20… |  |
|  |
|  |
|  |
|  |