ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ Π. κ΄Δ. ΕΚΠ/ΣΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
Δ/ΝΣΗ Π.Ε. ΔΥΤ. ΑΤΤΙΚΗΣ

Αριθ. Πρωτ.:…….

Ημερ. Λήψεως:……

Α Ι Τ Η Σ Η

Επώνυμο:	
Όνομα:	
Πατρώνυμο:	
Μητρώνυμο:	
Α.Φ.Μ.:	
Ταχ. Δ/νση Πόλη - Τ.Κ.:	
e-mail :	
Τηλ. κιν.:	
Κλάδος :	
Σχολείο:	

Αναπληρώτρια ……. ωραρίου

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας κύησης»

(πόλη) ……, …… / …… / 20……

ΠΡΟΣ

Τη Διεύθυνση Π.Ε. Δυτικής Αττικής

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια κύησης πενήντα έξι (56) ημερών λόγω κυοφορίας από ……/……/20…… Σύμφωνα με την ιατρική γνωμάτευση η Π.Η.Τ. είναι στις …….../……/20…….

Συνημμένα σας υποβάλλω τα σχετικά δικαιολογητικά.

-Ιατρική γνωμάτευση με την Π.Η.Τ.

Η Αιτούσα

…….
(υπογραφή, ονοματεπώνυμο)