**Α Ι Τ Η Σ Η**

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

Αναπληρώτρια …………………………. ωραρίου

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας κύησης»**

*Ελευσίνα, ……/……/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)*