|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**Επώνυμο: ……………………………………………….………………..Όνομα: …………………………………………………………………….Όνομα πατέρα: ………………………………………………………...Κλάδος-Ειδικότητα: ...……………………….………………..……..Αριθμός Μητρώου: …………………………………………………...Οδός: ………………………………………… Αριθμός: ...……..….….ΤΚ: .................................. Πόλη: ……………………………………….Τηλέφωνο οικίας: …………………….………………………………Τηλέφωνο κινητό: …………………………………………………....E-mail: ……………………………………...……………………………...Εργασιακή σχέση: **Μόνιμος εκπαιδευτικός****της ΔΔΕ …………………………………………………………….…..**Σχολείο τοποθέτησης:…………………………………..………………………………………….. Οργανική τοποθέτηση Προσωρινή τοποθέτησηΣχολεία που υπηρετώ:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……..………………………………………………………………………….…..**ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας κύησης**..……………….….….……., …...../…...../…..…….(τόπος - ημερομηνία) | **ΠΡΟΣ****τη Δ/νση Δ/θμιας Εκπ/σης Ιωαννίνων**δια του ……………………………………………………………….…….…Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια κύησης**διάρκειας **δύο (2) μηνών****από** ………./………./…………… **μέχρι και** ………./………./……………Σύμφωνα με τη συνημμένη βεβαίωση κυοφορίαςη πιθανή ημερομηνία τοκετού είναι………./………./……………….. Αιτ……….………………………………(υπογραφή)**Συνημμένα υποβάλλω:** Βεβαίωση κυοφορίας |

*Στις μόνιμες εκπαιδευτικούς που κυοφορούν, χορηγείται άδεια μητρότητας με πλήρεις αποδοχές δύο (2) μήνες πριν και τρεις (3) μήνες μετά τον τοκετό.*

*Η άδεια κυοφορίας χορηγείται ύστερα από βεβαίωση του θεράποντος ιατρού για τον πιθανολογούμενο χρόνο τοκετού.*