|  |  |
| --- | --- |
| **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 τοποθέτηση  Σχολεία που υπηρετώ:  …………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………….……  ………………………………………………………………………….…  **ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας**  **για ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο**  ……..………………………., …...../…...../…..….…  (τόπος - ημερομηνία) | **ΠΡΟΣ**  …………………………………………...………………………………….……  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια μίας (1) ημέρας**  **για ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο**  στις ….….../…….../……....…  ….. Αιτ………..  ………………………………  (υπογραφή)  **Θα προσκομίσω βεβαίωση θεράποντος ιατρού** |

*Στις μόνιμες εκπαιδευτικούς χορηγείται άδεια μία (1) ημέρα τον χρόνο με αποδοχές για ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο. Η άδεια χορηγείται έπειτα από βεβαίωση του θεράποντος ιατρού.*