|  |  |
| --- | --- |
| **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****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.*