

ΠΡΟΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΕΛΛΑΣ

(μέσω του/της Διευθυντή/Διευθύντριας του σχολείου)

ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο:.....

Όνομα:

Πατρώνυμο:.....

Κλάδος:

Αρ. Μητρώου ή ΑΦΜ:

Σχολείο Οργανικής:

.....

Σχολείο Υπηρετήσης: **3^ο Γ/σιο Γιαννιτσών**

Δ/ση κατοικίας:

Οδός:Αριθμός:

ΤΚ:Πόλη:

Σταθερό Τηλ.:

Κινητό Τηλ.:

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια κύησης¹**
δύο (02) μηνών από/...../..... μέχρι
και/...../.....

Συνημμένα υποβάλλω Βεβαίωση του
θεράποντος ιατρού για τον πιθανολογούμενο
χρόνο τοκετού.

..... **ΑΙΤ**.....

(Υπογραφή)

ΘΕΜΑ: Άδεια κύησης δύο (02) μηνών

Ημερομηνία:,/...../20.....

¹ Στις υπαλλήλους οι οποίες κυοφορούν, χορηγείται άδεια κύησης με πλήρεις αποδοχές δύο (02) μήνες πριν τον τοκετό. Η άδεια κύησης χορηγείται ύστερα από βεβαίωση του θεράποντα ιατρού για τον πιθανολογούμενο χρόνο τοκετού. Όταν ο τοκετός πραγματοποιείται σε χρόνο μεταγενέστερο από αυτόν που είχε πιθανολογηθεί αρχικά, η άδεια που είχε χορηγηθεί, παρατείνεται μέχρι την πραγματική ημερομηνία τοκετού, χωρίς αυτή η παράταση να συνεπάγεται αντίστοιχη μείωση του χρόνου άδειας λοχείας που χορηγείται μετά τον τοκετό. Όταν ο τοκετός πραγματοποιηθεί σε χρόνο προγενέστερο από αυτόν που είχε αρχικά πιθανολογηθεί, το υπόλοιπο της άδειας χορηγείται μετά τον τοκετό, ώστε να εξασφαλιστεί συνολικός χρόνος άδειας μητρότητας πέντε (05) μηνών.

Η απώλεια του νεογνού που πραγματοποιείται μετά την έναρξη της άδειας μητρότητας (κύησης και λοχείας) δεν επηρεάζει την συνολική πεντάμηνη διάρκεια της.

Σε περίπτωση τοκετού με παρένθετη μητέρα, αν η παρένθετη μητέρα είναι εκπαιδευτικός, δικαιούται άδεια κύησης δύο (02) μηνών με πλήρεις αποδοχές.