

## ΑΙΤΗΣΗ

### ΠΡΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΕΛΛΑΣ

(μέσω του/της Διευθυντή/Διευθύντριας του σχολείου)

Επώνυμο:.....

Όνομα: .....

Πατρώνυμο:.....

Κλάδος: .....

Αρ. Μητρώου ή ΑΦΜ: .....

Σχολείο Οργανικής: .....

.....

Σχολείο Υπηρετήσης: **3<sup>ο</sup> Γ/σιο Γιαννιτών**

Δ/ση κατοικίας:

Οδός: .....Αριθμός: .....

ΤΚ: .....Πόλη: .....

Σταθερό Τηλ.: .....

Κινητό Τηλ.: .....

Λόγω εξάντλησης της αναρρωτικής άδειας που δικαιούμαι, παρακαλώ να μου χορηγήσετε **κανονική άδεια κυοφορίας**<sup>1</sup> ..... (.....) ημερών από ...../...../..... μέχρι και ...../...../.....

Συνημμένα υποβάλλω:

(σημειώστε Χ στα τετραγωνίδια που σας αφορούν)

Βεβαίωση θεράποντος ιατρού και διευθυντή γυναικολογικής ή μαιευτικής κλινικής ή τμήματος δημοσίου νοσηλευτικού ιδρύματος.

Υπεύθυνη δήλωση άρθρου 8 του Ν.1599/1986 (για αποσπασμένους εκπαιδευτικούς)<sup>2</sup>

..... **ΑΙΤ**.....

(Υπογραφή)

ΘΕΜΑ: **Κανονική άδεια κυοφορίας**

Ημερομηνία: ....., ...../...../20.....

<sup>1</sup> Σε κυοφορούσες εκπαιδευτικούς που έχουν ανάγκη ειδικής θεραπείας, μετά την εξάντληση της αναρρωτικής άδειας με αποδοχές, χορηγείται κανονική άδεια κυοφορίας με αποδοχές, μετά από βεβαίωση θεράποντος ιατρού και διευθυντή γυναικολογικής ή μαιευτικής κλινικής ή τμήματος δημοσίου νοσηλευτικού ιδρύματος. Η βεβαίωση θα πρέπει να έχει υποχρεωτικά και τις δύο υπογραφές και όχι υπογραφή διοικητικού διευθυντή του Νοσοκομείου.

<sup>2</sup> Ο αποσπασμένος εκπαιδευτικός υποχρεούται να υποβάλει υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρονται: α) το σύνολο του χρόνου υπηρεσίας, β) το σύνολο ημερών αναρρωτικής άδειας κατά την τελευταία πενταετία και γ) το σύνολο ημερών αναρρωτικής άδειας το τρέχον έτος.