**ΑΙΤΗΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ: **………………………………………**

ΟΝΟΜΑ: **………………………………………….**

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: **………………………………….**

ΚΛΑΔΟΣ: **………………………………………….**

ΣΧΟΛΕΙΟ: **………………………………………..**

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ**:……………………….… ……………………………………………………….**

ΠΟΛΗ:**………………………………………….…**

Τ.Κ.**:……………………………………….……….**

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: **……………………………………**

**ΘΕΜΑ**: «Χορήγηση άδειας για ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο»

Λευκάδα: \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_

ΠΡΟΣ: Τη Δ/νση του ..ΔΣ/..Νηπ/γείου ……………………..

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια για ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο** με αποδοχές μίας (01) ημέρας στις **…../….../………**, σύμφωνα με την παρ. 9 του άρ. 50 του Ν. 3528/2007 που προστέθηκε με την παρ. 3α του άρθρου 47 με τον Ν. 4674/2020.

Προσκομίζω συνημμένα:

* Βεβαίωση θεράποντος ιατρού περί πραγματοποίησης του σχετικού ελέγχου.

Η αιτούσα