**ΑΙΤΗΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ: **………………………………………**

ΟΝΟΜΑ: **………………………………………….**

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: **………………………………….**

ΚΛΑΔΟΣ: **………………………………………….**

ΣΧΟΛΕΙΟ: **………………………………………..**

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

ΠΟΛΗ:**………………………………………….…**

Τ.Κ.**:……………………………………….……….**

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: **……………………………………**

**ΘΕΜΑ**: «Χορήγηση άδειας κύησης»

Λευκάδα: \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_

ΠΡΟΣ: Τον κ. Δ/ντή Π.Ε Λευκάδας

(μέσω της Δ/νσης του …Δ.Σ/…Νηπ/γείου ………………….)

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια κύησης** με αποδοχές από …../…../……. σύμφωνα με το άρ. 52 του Ν. 3528/2007, όπως συμπληρώθηκε με το άρ. 18 του Ν. 3801/2009 και αναφέρεται στην υπ’αρ.Φ.351.5/43/ 67822/Δ1/05-05-2014 εγκύκλιο Υπ.Π.Ε.Θ., λαμβάνοντας υπόψη την πιθανή ημερομηνία τοκετού.

Απαραίτητα δικαιολογητικά που υποβάλλονται συνημμένα:

* Βεβαίωση ιατρού για πιθανή ημερομηνία τοκετού □

Ο αιτών/ Η αιτούσα