ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: **………………………………………**

ΟΝΟΜΑ: **………………………………………….**

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: **………………………………….**

ΚΛΑΔΟΣ: **………………………………………….**

ΣΧΟΛΕΙΟ: **………………………………………..**

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

ΠΟΛΗ:**………………………………………….…**

Τ.Κ.**:……………………………………….……….**

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: **……………………………………**

**ΘΕΜΑ**: «Χορήγηση άδειας κύησης»

Λευκάδα: \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_

ΠΡΟΣ: τον κ. Δ/ντή της Δ.Π.Ε Λευκάδας (μέσω της Δ/νσης του …Δ.Σ/…Νηπ/γείου

…………………………………….)

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια** **κύησης** με αποδοχές **πενήντα έξι (56) ημερών** από ………/……/…. έως και ……/……/……., σύμφωνα με την 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 □

Βεβαιώνω ότι θα προσκομίσω και απόφαση από το ΕΦΚΑ (πρώην ΙΚΑ) στην οποία θα αναγράφεται το ποσό που επιδοτείται για την άδεια.

Η αιτούσα