**Α Ι Τ Η Σ Η**

**Ατομικά Στοιχεία**

Επώνυμο: ........................................................

Όνομα: .......................................................

Όνομα πατέρα: ................................................

Όνομα μητέρας: ..............................................

Δ/νση κατοικίας: ..............................................

 .........................Τ.Κ. .............

Τηλέφωνα επικοινωνίας:

(σταθερό) ..........................................................

(κινητό) ..............................................................

Δ/νση ηλεκτρ. ταχυδρομείου (e mail):

...........................................................................

**Υπηρεσιακά στοιχεία**

Α.Φ.Μ. ..........................................

Ειδικότητα: ........................................................

Κλάδος: ΠΕ ...........

Θέση Υπηρέτησης:

............................................................................

**Θέμα: «Χορήγηση άδειας μητρότητας (κύησης)»**

................................., ..... / ...... / 20 ........

**ΠΡΟΣ:** την κ. Διευθύντρια Εκπαίδευσης

 της Διεύθυνσης Π.Ε. Αρκαδίας

 28ης Οκτωβρίου 29 (3ος όροφος)

 Τρίπολη

 22131-ΤΡΙΠΟΛΗ

 Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε ά**δεια μητρότητας (κύησης)** …………………………… (……) ημερών, για το **χρονικό διάστημα** από ….. /..… / 20 ..… έως και ..… /….. / 20..… , σύμφωνα με το άρθρο 9 του Ν. 2224/1994 (ΦΕΚ **112/τ.Α΄/06-07-1994),** όπως ισχύει.

 Συνοδευτικά, σας υποβάλλω Βεβαίωση Κυοφορίας με Πιθανή Ημερομηνία Τοκετού (ΠΗΤ).

Η Αιτούσα

.............................................. (Ονοματεπώνυμο)