**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 (λοχείας)»**

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

**ΠΡΟΣ:** την κα Διευθύντρια Εκπαίδευσης

της Διεύθυνσης Π.Ε. Αρκαδίας

28ης Οκτωβρίου 29 (3ος όροφος)

Τρίπολη

22131-ΤΡΙΠΟΛΗ

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια μητρότητας:**

* **λοχείας** ……………………



* **υπόλοιπο κύησης**……



* **παράταση κύησης**……



…………………………………….. (……) ημερών, για το **χρονικό διάστημα** από ….. /..… / 20 ..… έως και ..… /….. / 20..… , σύμφωνα με το άρθρο 11 του Ν. 2874/2000 (ΦΕΚ 286/τ.Α΄/29-12-2000), όπως ισχύει.

Συνοδευτικά, σας υποβάλλω Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης.

Η Αιτούσα

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