**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 για εξέταση προγεννητικού ελέγχου»**

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

**ΠΡΟΣ:** την κα Διευθύντρια

της Διεύθυνσης

Π/θμιας Εκπ/σης Αρκαδίας

28ης Οκτωβρίου 29 (3ος όροφος),

22131-Τρίπολη

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια για εξέταση προγεννητικού ελέγχου** μίας (01) εργάσιμης ημέρας με πλήρεις αποδοχές, για τις ………………………………………………………...

Συνοδευτικά, θα προσκομίσω Ιατρική Βεβαίωση Πραγματοποίησης Εξέτασης Προγεννητικού Ελέγχου.

Η Αιτούσα

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