Α Ι Τ Η Σ Η

# ΠΡΟΣ

(ΣΧΟΛΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ Ή ΑΠΟΣΠΑΣΗΣ

‘Η ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΩΝ ΩΡΩΝ)

###

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Κλάδος:

Α.Μ. για μονίμους:

Σχολείο Οργανικής:

ΔΔΕ Πρόσληψης:

Σχολείο υπηρέτησης:

Κινητό τηλέφωνο:

Διεύθυνση κατοικίας:

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια για ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο** (1) μίας (1) εργάσιμης ημέρας στις …… / …… / ……

Συνημμένα υποβάλλω:

 Βεβαίωση θεράποντος ιατρού.

###

## ¨

## Η αιτούσα

Υπογραφή

ΤΚ/Πόλη:

Σταθερό τηλέφωνο:

# ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας για ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο μίας (1) εργάσιμης ημέρας.

# Ημερομηνία : ……………, ………/………../………