**ΠΡΟΣ**

**Τον κ. Δ/ΝΤΗ Π.Ε.**

**ΣΕΡΡΩΝ**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια κύησης δύο (2) μηνών από …………………… μέχρι και ……………………..

σύμφωνα με τη συνημμένη ιατρική γνωμάτευση.

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**……………………………………….

**ΟΝΟΜΑ:**…………………………………………….

**ΟΝ.ΠΑΤΡΟΣ:**…………………………………….

**ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ:**……………………………….

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**………………………………….

**ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ:** ………………………….

……………………………………………………………

**ΘΕΣΗ ΟΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ:**………………….

……………………………………………………………

**ΒΑΘΜΟΣ:**………………. **Μ.Κ.:** ………………

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**……………………….

……………………………………………………………

**ΠΟΛΗ:**……………………………………………….

**Τ.Κ.:**…………………………………………………..

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**…………………………………….

 Η ΑΙΤΟΥΣΑ

 ……………………………………

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας κύησης»**

Σέρρες: …………………………………………