

Α Ι Τ Η Σ Η

ΠΡΟΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΦΛΩΡΙΝΑΣ

(μέσω του Διευθυντή του σχολείου)

Επώνυμο

Όνομα

Πατρώνυμο

Κλάδος

Αρ. Μητρώου ή ΑΦΜ για αναπληρωτές

Σχολείο Οργανικής

ΔΔΕ Οργανικής

Σχολείο υπηρετήσης

Συνολικός χρόνος υπηρεσίας

Διεύθυνση κατοικίας

ΤΚ/Πόλη

Σταθερό / Κινητό τηλέφωνο

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια **κύησης** ⁽¹⁾ δύο (2) μηνών από/...../..... μέχρι και/...../.....

Συνημμένα:

Βεβαίωση του θεράποντος ιατρού για τον πιθανολογούμενο χρόνο τοκετού

Η αιτούσα

Υπογραφή

ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας κυοφορίας δύο (2) μηνών

Ημερομηνία :/...../.....

⁽¹⁾ Στις υπαλλήλους οι οποίες κυοφορούν, χορηγείται άδεια μητρότητας με πλήρεις αποδοχές δύο (2) μήνες πριν και τρεις (3) μήνες μετά τον τοκετό.

Σε περίπτωση απόκτησης τέκνου πέραν του 3ου, η μετά τον τοκετό άδεια προσαυξάνεται κάθε φορά κατά δύο (2) μήνες. Η άδεια λόγω κυοφορίας χορηγείται ύστερα από βεβαίωση του θεράποντος ιατρού για τον πιθανολογούμενο χρόνο τοκετού.

Όταν ο τοκετός πραγματοποιείται σε χρόνο μεταγενέστερο από αυτόν που είχε πιθανολογηθεί αρχικά, η άδεια που είχε χορηγηθεί, παρατείνεται μέχρι την πραγματική ημερομηνία του τοκετού, χωρίς αυτή η παράταση να συνεπάγεται αντίστοιχη μείωση του χρόνου της άδειας που χορηγείται μετά τον τοκετό. Όταν ο τοκετός πραγματοποιηθεί σε χρόνο προγενέστερο από αυτόν που είχε αρχικά πιθανολογηθεί, το υπόλοιπο της άδειας χορηγείται μετά τον τοκετό, ώστε να εξασφαλιστεί συνολικός χρόνος άδειας πέντε (5) μηνών.

Στις υπαλλήλους που υιοθετούν τέκνο, χορηγείται άδεια τριών (3) μηνών με πλήρεις αποδοχές εντός του πρώτου εξαμήνου μετά την περαίωση της διαδικασίας της υιοθεσίας, εφόσον το υιοθετημένο τέκνο είναι ηλικίας έως έξι (6) ετών. Ένας μήνας από την άδεια αυτή μπορεί να καλύπτει απουσία της υπαλλήλου κατά το προ της υιοθεσίας διάστημα.