

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 υπηρετησης

Συνολικός χρόνος υπηρεσίας

Διεύθυνση κατοικίας

ΤΚ/Πόλη

Σταθερό τηλέφωνο

Κινητό τηλέφωνο

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **κανονική άδεια κυοφορίας⁽¹⁾** (.....) ημερ..... από/...../..... μέχρι και/...../.....

Δηλώνω υπεύθυνα ότι :

1. Το σύνολο των ημερών αναρρωτικής άδειας κατά την τελευταία ημερολογιακή πενταετία συμπεριλαμβανομένου του τρέχοντος ημερολογιακού έτους είναι : έτη μήνες μέρες
2. Το σύνολο των ημερών αναρρωτικής άδειας κατά το τρέχον ημερολογιακό έτος είναι : μήνες μέρες

Συνημμένα υποβάλω:

Βεβαίωση του θεράποντος ιατρού **και** του διευθυντή γυναικολογικής ή μαιευτικής κλινικής ή τμήματος δημόσιου νοσηλευτικού ιδρύματος για το πιθανό πρόβλημα της κύησης⁽²⁾

Η αιτούσα

Υπογραφή

ΘΕΜΑ: Χορήγηση κανονικής άδειας κυοφορίας (.....) ημερ.....

Ημερομηνία :,/...../.....

⁽¹⁾ Σε κυοφορούσες υπαλλήλους που έχουν ανάγκη ειδικής θεραπείας, μετά την εξάντληση της αναρρωτικής άδειας με αποδοχές, χορηγείται **κανονική άδεια κυοφορίας** με αποδοχές, σύμφωνα με το άρθρο 52 παρ. 3 του ν. 3528/2007. Η εν λόγω άδεια χορηγείται μετά από βεβαίωση του θεράποντος ιατρού και του διευθυντή γυναικολογικής ή μαιευτικής κλινικής ή τμήματος δημόσιου νοσηλευτικού ιδρύματος.

⁽²⁾ Η βεβαίωση του θεράποντος ιατρού **και** του διευθυντή γυναικολογικής ή μαιευτικής κλινικής ή τμήματος δημόσιου νοσηλευτικού ιδρύματος για τον πιθανό πρόβλημα της κύησης θα πρέπει να έχει **υποχρεωτικά** και τις δύο υπογραφές και **όχι υπογραφή του διοικητικού διευθυντή του Νοσοκομείου.**