

Α Ι Τ Η Σ Η

Προς

Επώνυμο:.....

.....

Όνομα:.....

Όνομα Πατρός:.....

Σχέση Εργασίας:

Εκπαιδευτικός Κλάδου:.....

Σχολείο οργανικής θέσης:

.....

Σχολείο που υπηρετεί:

.....

Δ/ση κατοικίας:

.....

Τηλέφωνο:.....

e-mail:.....

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **κανονική άδεια κυοφορίας** διάρκειας

ημερ....., από / / μέχρι / /

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1. Το σύνολο των ημερών της αναρρωτικής άδειας κατά την τελευταία ημερολογιακή πενταετία συμπεριλαμβανομένου του τρέχοντος έτους είναι:

..... έτη, μήνες,ημέρες

2. Το σύνολο των ημερών αναρρωτικής άδειας κατά το τρέχον ημερολογιακό έτος είναι:

..... μήνες, ημέρες

Συνημμένα υποβάλλω:

Βεβαίωση του θεράποντος ιατρού(λεπτομέρειες)

ΘΕΜΑ: «Αίτηση χορήγησης κανονικής άδειας κυοφορίας (.....) ημερών»

..... ΑΙΤ.....

.....
(τόπος, ημερομηνία)

.....
(υπογραφή εκπαιδευτικού)

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 αρθρ.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 το πιθανό πρόβλημα της κύησης θα πρέπει να έχει **υποχρεωτικά** και τις δυο υπογραφές και **όχι υπογραφή διοικητού διευθυντή νοσοκομείου**.