

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 ειδική άδεια
διάρκειας μίας (1) ημέρας, την / /
για πραγματοποίηση ετήσιου γυναικολογικού
ελέγχου

.....
.....
.....

συνημμένα υποβάλω:

τη σχετική ιατρική βεβαίωση

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας για ετήσιο
γυναικολογικό έλεγχο»**

Η ΑΙΤΟΥΣΑ

.....
(τόπος, ημερομηνία)

.....
(υπογραφή εκπαιδευτικού)