|  |  |
| --- | --- |
|  **ΑΙΤΗΣΗ**Επώνυμο:……………………………Όνομα:…............................................ Όνομα πατέρα:………………………..Όνομα μητέρας:………………………Κλάδος:………………………………Δ/νση κατοικίας:…………………….Τηλ. κατοικίας:……………………..Κινητό τηλ.:…………………………ΑΦΜ:……………………………….**ΓΙΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ / ΩΡΟΜΙΣΘΙΟΥΣ:**Αναπληρωτής ΠΛΗΡΟΥΣ……………….Αναπληρωτής ΕΣΠΑ-ΠΛΗΡΟΥΣ……….Αναπληρωτής ΕΣΠΑ-ΑΜΩ………………Αναπληρωτής ΠΔΕ ………………………Ωρομίσθιος……………………………….Σχολείο/α που υπηρετεί…………………...…………………………………………….**Θέμα: «Χορήγηση άδειας προγεννητικών εξετάσεων»**……………………………………………….*(Τόπος) (Ημερομηνία)* | ΠΡΟΣ:**Τη Διεύθυνση Π.Ε. Νομού Κέρκυρας** Δια του Διευθυντή/ντριας – Προϊσταμένου/νηςτου ……………………………………………………………….. *(ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ)*Αριθμ.Πρωτ.Σχολείου: ………….Ημερομηνία : ………………………… Παρακαλώ να μου χορηγήσετε σε εφαρμογή του άρθρου 40 του Ν.4808/2021, Φ.101/19-06-2021, **άδεια προγεννητικών εξετάσεων** …………………………………( ) ημερ….. και συγκεκριμένα……………………………………………….. Συνοδευτικά υποβάλλω: 1. Παραπεμπτικό του θεράποντος ιατρού σε εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου. Η Αιτούσα ............................... |
|  |  |

