|  |  |
| --- | --- |
| **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/νης  του ………………………………………………………………..  *(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  ............................... |
|  |  |

