

Α Ι Τ Η Σ Η

Επώνυμο:.....

Όνομα:.....

Όνομα Πατρός:.....

Σχέση Εργασίας:

Εκπαιδευτικός Κλάδου:.....

Σχολείο οργανικής θέσης:

Σχολείο που υπηρετεί:

Δ/ση κατοικίας:

Τηλέφωνο:.....

e-mail:.....

Προς

Την Διεύθυνση του 4^{ου} Πειραματικού Γυμνασίου Λαμίας

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια κήσης
διάρκειας () ημερ.....,

από / / μέχρι / /

Συνημμένα υποβάλω:

Ιατρική βεβαίωση στην οποία αναγράφεται

- η εβδομάδα κήσης και
- η Π.Η.Τ. (πιθανή ημερομηνία τοκετού)

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας κήσης »

.....
(τόπος, ημερομηνία)

..... ΑΙΤ.....

.....
(υπογραφή εκπαιδευτικού)