

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΗΣΕΩΣ**

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΚΛΑΔΟΣ:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:.....

ΤΜΗΜΑ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

ΠΟΛΗ:..... Τ.Κ.:.....

ΝΟΜΟΣ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

Αθήνα , / / 20....

ΠΡΟΣ:

Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
Κεντρική Υπηρεσία
Δ/νση Διοικ. & Οικ. Υπηρεσιών
Τμήμα Γραμματείας

Παρακαλώ για τη χορήγηση δύο (2)
μηνών άδεια κυήσεως, βάσει του
Ν.3528/2007, άρθρο 52, παρ. 1, που να
αρχίζει από / /

Συνημμένα υποβάλλω Ιατρική Βεβαίωση
με πιθανή ημερομηνία τοκετού.

Η Αιτούσα

.....
(Υπογραφή)