

## ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ: .....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....

ΚΛΑΔΟΣ: .....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: .....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΟΥ:.....

ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ:

.....

ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ:

.....

ΤΟΜΕΑΣ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ:

.....

ΣΥΝΟΛΟ ΧΡΟΝΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:

.....

ΣΥΝΟΛΟ ΗΜΕΡΩΝ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ

ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ

(Το τρέχον έτος συμπεριλαμβάνεται)

.....

ΣΥΝΟΛΟ ΗΜΕΡΩΝ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ

ΚΑΤΑ ΤΟ ΤΡΕΧΟΝ ΕΤΟΣ:

.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΟΔΟΣ.....ΑΡΙΘΜΟΣ.....

ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ..... ΠΕΡΙΟΧΗ.....

ΠΟΛΗ.....ΝΟΜΟΣ.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ: .....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΚΙΝΗΤΟ: .....

ΘΕΜΑ: « **ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΑΔΕΙΑ ΚΥΟΦΟΡΙΑΣ**

.....**ΗΜΕΡΩΝ**.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:...../...../20....

**ΠΡΟΣ**

**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ & ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

**ΚΟΛΟΚΟΤΡΩΝΗ 44 & ΧΑΛΚΟΜΑΤΑΔΩΝ 1Α**

**ΠΕΡΙΣΣΟΣ – ΝΕΑ ΙΩΝΙΑ 14232**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **κανονική άδεια κυοφορίας** ..... (.....) ημερ..... από.....μέχρι και.....

Συνημμένα:

(σημειώστε **X** στα τετραγωνίδια που σας αφορούν)

βεβαίωση του θεράποντος ιατρού και διευθυντή γυναικολογικής ή μαιευτικής κλινικής ή τμήματος δημόσιου νοσηλευτικού ιδρύματος για τον πιθανό πρόβλημα της κύησης (1)

Υπεύθυνη δήλωση άρθρου 8 Ν. 1599/1986 μόνο για αποσπασμένες (4)

Η αιτούσα

.....

(Υπογραφή)

Σε κυοφορούσες υπαλλήλους που έχουν ανάγκη ειδικής θεραπείας, **μετά την εξάντληση της αναρρωτικής άδειας** με αποδοχές, χορηγείται κανονική άδεια κυοφορίας με αποδοχές. Η εν λόγω άδεια χορηγείται μετά από βεβαίωση θεράποντος ιατρού και διευθυντή γυναικολογικής ή μαιευτικής κλινικής ή τμήματος δημόσιου νοσηλευτικού ιδρύματος. **(1) Η βεβαίωση του θεράποντος ιατρού και διευθυντή γυναικολογικής ή μαιευτικής κλινικής ή τμήματος δημόσιου νοσηλευτικού ιδρύματος για τον πιθανό πρόβλημα της κύησης θα πρέπει να έχει υποχρεωτικά και τις δύο υπογραφές και όχι υπογραφή διοικητικού διευθυντή του Νοσοκομείου.**



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ  
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών  
(άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :	ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΚΑΝΤΖΟΣ								
Ο - Η Όνομα:				Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:									
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:									
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :									
Τόπος Γέννησης:									
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:					
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:		TK:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (FAX):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι

**1. το σύνολο χρόνου υπηρεσίας μου είναι : έτη .....μήνες .....ημέρες .....**

**2. το σύνολο ημερών αναρρωτικής άδειας κατά την τελευταία πενταετία**

**συμπεριλαμβανομένου του τρέχοντος ημερολογιακού έτους είναι: μήνες ... ημέρες .....**

**3. το σύνολο ημερών αναρρωτικής άδειας κατά το τρέχον ημερολογιακό έτος είναι: .....**

Ημερομηνία: .....20.....

Ο - Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) "Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών."

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.