**ΑΙΤΗΣΗ**

Επώνυμο………………………………………………………

Όνομα……………………………………………………………

Πατρώνυμο……………………………………………………

Κλάδος……………………………………………………………

Βαθμός ………………………………………………………

Οργανική Θέση……………………………………………..

Θέση που υπηρετώ…………………………………….

………………………………………………………………………

Δ/νση κατοικίας……………………………………………

………………………………………………………………………

Τηλέφωνο………………………………………………………

Email……..………………………………………………………

ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας **για ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο (1 ημέρα/έτος)**

**ΠΡΟΣ**

Δ/ντή-ντρια

……………………………………………….…………………….

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια **για ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο** μίας (1) ημέρας στις …………………………………….............

Μαζί υποβάλλω και:

α) ιατρική βεβαίωση (με την επιστροφή)

Ημερομηνία:…………………………………………..

………… Αιτ……………………