**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΠΡΟΣ**

 ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΕΣΠΑ

**ΑΦΜ**

**Επώνυμο**

 Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια προγεννητικών εξετάσεων ……..…………………. Ημερών από …………………. μέχρι και ……………………………………………………..

Συνημμένα υποβάλω

* Ιατρική βεβαίωση

**Όνομα**

**Παρακαλώ να**

**Πατρώνυμο**

**Μητρώνυμο**

**Κλάδος**

**Ειδικότητα**

**Σχολείο**

**Διεύθυνση**

**Τηλ. Κινητό**

**Τηλ. Σταθερό**

**e-mail**

**Θέμα**

**«Χορήγηση άδειας προγεννητικών εξετάσεων»**

**Ημερομηνία**

 Ξάνθη ………….. / ………….. / 20……..

 **Η Αιτούσα**

 **(Υπογραφή)**

 