**ΠΡΟΣ**

**Το Δ/ντη-ντρια Προϊστάμενο/νη Σχολικής Μονάδας**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια προγεννητικών εξετάσεων (ν.4808/2021)…………… ημερών από …………………έως και …………………

*Απαραίτητα δικαιολογητικά:*

1. *Βεβαίωση πραγματοποίησης των ιατρικών εξετάσεων*

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**……………………………………….

**ΟΝΟΜΑ:**…………………………………………….

**ΟΝ.ΠΑΤΡΟΣ:**…………………………………….

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**………………………………….

**ΣΧΟΛΕΙΟ ΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ:**……………………............

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**……………………….

……………………………………………………………

**ΠΟΛΗ:**……………………………………………….

**Τ.Κ.:**…………………………………………………..

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**…………………………………….

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

……………………………………

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας προγεννητικών**

**Εξετάσεων (ν.4808/2021**) **»**

ΛΑΜΙΑ: …………………………………………

