

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ: τον κ. Δ/ντή της Δ.Π.Ε Γρεβενών
(μέσω της Δ/νσης του ...Δ.Σ/...Νηπ/γείου
.....)

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΚΛΑΔΟΣ:

ΣΧΟΛΕΙΟ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:.....

.....

ΠΟΛΗ:.....

Τ.Κ.:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια
κήσης** με αποδοχές **πενήντα έξι (56)
ημερών** από/...../.... έως και
...../...../....., σύμφωνα με την υπ' αρ.
Φ.351.5/ 43/ 67822/ Δ1/ 05-05-2014 εγκύκλιο
Υπ.Π.Ε.Θ., λαμβάνοντας υπόψη την πιθανή
ημερομηνία τοκετού.

Απαραίτητα δικαιολογητικά που
υποβάλλονται συνημμένα:

- Βεβαίωση ιατρού για πιθανή
ημερομηνία τοκετού

Βεβαιώνω ότι θα προσκομίσω και
απόφαση από το ΕΦΚΑ (πρώην ΙΚΑ) στην
οποία θα αναγράφεται το ποσό που
επιδοτείται για την άδεια.

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας κήσης»

Γρεβενά: __ / __ / ____

Η αιτούσα

Παρατήρηση: Επισημαίνεται ότι για αναπληρώτριες εκπαιδευτικούς η διάρκεια της άδειας είναι πενήντα έξι (56) ημέρες (άρ. 657 και 658 του Αστικού Κώδικα, άρ. 11 του Ν. 2874/2000, εγκύκλιος αρ. 79/14-7-1999 ΙΚΑ, το με αρ. πρωτ. Π06/40/29-04-2013 έγγραφο του ΙΚΑ).



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Πρόγραμμα
Ανθρώπινο Δυναμικό και
Κοινωνική Συνοχή

