|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  ***Στοιχεία Αιτούμενου:***  Επώνυμο: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Όνομα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Όνομα Πατρός: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Κλάδος: \_\_\_\_\_\_ Ειδικότητα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Διεύθυνση Κατοικίας*  Οδός:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_Αριθμ\_\_\_\_\_\_\_  ΤΚ: \_\_\_\_\_\_\_\_ Περιοχή:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Πόλη:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Τηλέφωνο Οικίας: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Τηλέφωνο Κινητό: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Σχέση Εργασίας:** Μόνιμος Εκπ/κός  **Σχολείο Τοποθέτησης** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Συμπληρώνετε ένα από τα παρακάτω):  □ Οργανική Προσωρινή Τοποθέτηση  **Σχολεία που Υπηρετώ:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*\* Για αποσπασμένους από άλλο ΠΥΣΔΕ αναγράψτε σε ποια ΔΔΕ ανήκετε  ΔΔΕ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Θέμα: «Χορήγηση άδεια κύησης»**  Ιωάννινα:\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_/ 201\_\_ | **Προς: Διεύθυνση Δ.Ε. Ιωαννίνων**  **(Δια του Δ/ντή ή Δ/ντριας του Σχολείου:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**  Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια **κύησης** **δύο (02) μηνών** και συγκεκριμένα  από \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ μέχρι και \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Συνοδευτικά υποβάλλω:**  □ βεβαί­ωση του θεράποντος ιατρού για τον πιθανολογούμενο χρόνο τοκετού.  **Ο/Η Ατών/ούσα**  (Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή)  **Ο/Η Διευθυντής/ντρια**  (Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή) |

1. Στις υπαλλήλους οι οποίες κυοφορούν, χορηγείται άδεια μητρότητας με πλήρεις αποδοχές **δύο (2) μήνες πριν** και **τρεις (3) μήνες μετά τον τοκετό**. Σε περίπτωση απόκτησης τέκνου πέραν του 3ου, η μετά τον τοκετό άδεια προσαυξάνεται κάθε φορά κατά δύο (2) μήνες. Η άδεια λόγω κυοφορίας χορηγείται ύστερα από βεβαίωση του θεράποντος ιατρού για τον πιθανολογούμενο χρόνο τοκετού. 2. Όταν ο τοκετός πραγματοποιείται σε χρόνο μεταγενέστερο από αυτόν που είχε πιθανολογηθεί αρχικά, η άδεια που είχε χορηγηθεί, παρατείνεται μέχρι την πραγματική ημερομηνία του τοκετού, χωρίς αυτή η παράταση να συνεπάγεται αντίστοιχη μείωση του χρόνου της άδειας που χορηγείται μετά τον τοκετό. Όταν ο τοκετός πραγματοποιηθεί σε χρόνο προγενέστερο από αυτόν που είχε αρχικά πιθανολογηθεί, το υπόλοιπο της άδειας χορηγείται μετά τον τοκετό, ώστε να εξασφαλιστεί **συνολικός χρόνος άδειας πέντε (5) μηνών**