

ΠΡΟΣ

Τη Διεύθυνση .....

Περιφερειακής Ενότητας Έβρου

Τμήμα .....

## Α Ι Τ Η Σ Η

**Θέμα: Χορήγηση άδειας ΑΝΑΤΡΟΦΗΣ**

Άδεια ανατροφής εννέα (9) μηνών σύμφωνα με το άρθρο 53 του Υ.Κ.

*\*Σε περίπτωση απόκτησης 3<sup>ου</sup> παιδιού και άνω η άδεια ανατροφής προσαυξάνεται κατά τρεις (3) μήνες.*

**Επώνυμο:** .....

**Όνομα:** .....

**Πατρώνυμο:** .....

**Κατηγορία/  
Ειδικότητα** ΥΕ/ ΔΕ/ ΤΕ/ ΠΕ  
.....

**Ιδιότητα:** **Μόνιμος / Ι.Δ.Α.Χ.**

**Υπηρεσία:** .....

**Τηλέφωνα:** .....

**Κινητό:** .....

**Διεύθυνση:** .....

.....

.....

## ΑΔΕΙΑ ΑΝΑΤΡΟΦΗΣ

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια με αποδοχές για ανατροφή παιδιού.

Δηλώνω ότι είναι το \_\_\_\_\_ μου παιδί.

(π.χ. 1<sup>ο</sup>, 2<sup>ο</sup>, κλπ.)

Δηλώνω υπεύθυνα ότι δεν θα κάνω χρήση μειωμένου ωραρίου μέχρι το παιδί μου να γίνει τεσσάρων ετών.

Ο/Η Αιτ

\_\_\_\_\_

**Ημερομηνία.....**