|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  **ΟΝΟΜΑ……………………………………...**  **ΕΠΩΝΥΜΟ: ………………………………..**  **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: ……………..................**  **Σχέση Εργασίας: ……………………………**  **Κλάδου/Ειδικότητας: ………………………**  **………………………………………………..**  **Διεύθυνση Κατοικίας: ……………………...**  **……………………………………………….**  **Τηλ.: …………………………………………**  **Email: …….………………………………….**  **Θέμα: «Αίτηση χορήγησης ειδικής άδειας γυναικολογικού ελέγχου.»**    **…………, …/…/ 2024**  (τόπος) (ημερομηνία αίτησης)  **Συνημμένα Δικαιολογητικά:**  **(επιλέγονται κατά περίπτωση)**   |  |  | | --- | --- | | 1. Βεβαίωση ιατρού (ιδιώτη ή δημοσίου) |  | | 1. Άλλο |  | | **ΠΡΟΣ:**  **Διεύθυνση …………………………..**  (συμπλήρωση του τίτλου της οργανικής μονάδας του φορέα όπου υπηρετεί ο/η υπάλληλος)  **Με την παρούσα αιτούμαι τη χορήγηση μίας (1) ημέρας γυναικολογικού ελέγχου, σύμφωνα με το άρθρο 50 παρ. 9 του Υ.Κ. (ν. 3528/2007).**  **από ……………………… έως ………………………**  ***(ημ/νία έναρξης άδειας) (ημ/νία λήξης άδειας)***  Συνημμένα κατατίθενται τα σχετικά αναφερόμενα στην παρούσα αίτηση.  **Ο/Η αιτών/ούσα**  **…………………………….** |