

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

7Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ “ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ”**

**Λεωφ. Κνωσσού, Τ.Θ. 44,** **Ηράκλειο Κρήτης**

**ΑΦΜ 996978666, ΔΟΥ Ηρακλείου**

**ΑΙΤΗΣΗ**

Της

Επώνυμο:……………………………………………….

Όνομα:…………………………………………………..

Όνομα Πατέρα:……………………………………….

Ειδικότητα:…………………………………………….

Τηλέφωνο:……………………………………………..

**Ημερομηνία :…………………..**

**ΠΡΟΣ**

το Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια κύησης δύο (2) μηνών, από (ημερομηνία) ……………………………………………………………..

σύμφωνα με την Π.Η.Τ. ………………………….

Συνημμένα καταθέτω ιατρική γνωμάτευση με πιθανή ημερομηνία τοκετού.

**Η αιτούσα**