|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΑΙΤΗΣΗ   |  |  | | --- | --- | | Επώνυμο | **:** …………………………….. | | Όνομα | **:** …………………………….. | | Πατρώνυμο | **:** …………………………….. | | Κλάδος | **:** …………………………….. | | Ιδιότητα | **:** ……………………………..  (Μόνιμος) | | Οργανική Θέση | **:** …………………………….. | | Προσωρινή Τοποθέτηση | **:** ……………………………..  (Συμπληρώνεται εφόσον δεν υπάρχει οργανική θέση) | | Θέση Απόσπασης | **:** …………………………….. | | Τηλ. Κινητό | **:** …………………………….. |  |  |  | | --- | --- | | Τηλ. Σταθερό | **:** …………………………….. |   ***Θέμα:* «Χορήγηση άδειας μητρότητας»**    ……………….., ….. / ….. / ……..  (Τόπος) (Ημερομηνία)  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Απαιτούμενα Δικαιολογητικά  * **Άδεια Κύησης:** Βεβαίωση Θεράποντος Ιατρού για την Πιθανή Ημερομηνία Τοκετού * **Άδεια Υπολοίπου Κύησης, Παράτασης Κύησης και Λοχείας:** Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης Τέκνου * **Άδεια Κανονική Κυοφορίας:** Βεβαίωση Θεράποντος Ιατρού και Δ/ντή Γυναικολογικής ή Μαιευτικής Κλινικής ή τμήμα Δημόσιου Νοσοκ. Ιδρύματος * **Άδεια Υιοθεσίας Τέκνων:**Βεβαίωση από τις αρμόδιες αρχές για την έναρξη ή την περάτωση της διαδικασίας Υιοθεσίας.   ***Τι προβλέπεται από τη νομοθεσία για την άδεια μητρότητας:***   * Στις υπαλλήλους που κυοφορούν χορηγείται Άδεια Κύησης δύο (2) μηνών πριν από την Πιθανή Ημερομηνία Τοκετού. * Χορηγείται, ακόμη, Άδεια Λοχείας τριών (3) μηνών μετά την Πραγματική Ημερομηνία Τοκετού για μέχρι τρία τέκνα και πέντε (5) μηνών για τέσσερα τέκνα και άνω. * Σε περίπτωση που ο τοκετός πραγματοποιείται πριν την Πιθανή Ημερομηνία Τοκετού, το υπόλοιπο της Άδειας Κύησης χορηγείται μετά τον Τοκετό, ενώ σε περίπτωση που ο τοκετός πραγματοποιείται μετά την Πιθανή Ημερομηνία Τοκετού, παρατείνεται η Άδεια Κύησης για τις ημέρες που αντιστοιχούν από την Πιθανή Ημερομηνία μέχρι την Πραγματική Ημερομηνία τοκετού. * Σε κυοφορούσες υπαλλήλους που έχουν ανάγκη ειδικής Θεραπείας χορηγείται Κανονική Άδεια Κυοφορίας με αποδοχές μετά την εξάντληση της αναρρωτικής τους άδειας * Σε περίπτωση υιοθεσίας τέκνου χορηγείται άδεια τριών (3) μηνών, με αποδοχές, εντός του πρώτου εξαμήνου της υιοθεσίας για τέκνα έως έξι (6) ετών, με τη δυνατότητα ένας μήνας της άδειας αυτής να καλύπτει απουσία της υπαλλήλου κατά το προ της υιοθεσίας διάστημα. | ΠΡΟΣ  τον κ. Δ/ντή Δ/νσης Π.Ε. Αργολίδας  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε ***Άδεια Μητρότητας:***   * **Κύησης** ……………………      * **Υπόλοιπο Κύησης** ………        * **Παράταση Κύησης** ……… * **Λοχείας** ……………………      * **Κανονική Κυοφορίας** …..        * **Υιοθεσίας τέκνου** ………..   .……….. (….) μηνών .………. (….) ημερών, με πλήρεις αποδοχές για το **χρονικό διάστημα από:** …../..…/20..… έως και ..…/….. / 20..… σύμφωνα με το άρθρο 52 του νόμου 3528/2007.  Για το σκοπό αυτό σας υποβάλλω τα εξής δικαιολογητικά:   1. ………………………………………………………….. 2. ………………………………………………………….. 3. …………………………………………………………..     ….. Αιτ….. |