**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**………………………………..

**ΟΝΟΜΑ:**…………………………………....

**ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ:**………………………

**ΘΕΣΗ ΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ:**………………….

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:** ……………………………

**Α.Μ.:** ……………………………………….

**Στοιχεία Επικοινωνίας**

**Δ/νση κατοικίας:**………………………….

...…………………………………………….

**Πόλη:…**…………………………………….

**Τηλ:**…………………………………………

**e-mail:**…………………………………………..

**Ημερομηνία:**……/……/……..

**Θέμα: Χορήγηση άδειας για ετήσιο**

 **γυναικολογικό έλεγχο**

**Συνημμένα**

1. Ιατρική βεβαίωση
2. ……………………………

**Ε.Κ. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ**

**ΑΡ. ΠΡΩΤ.**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**

**Φ**

**ΠΡΟΣ**

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ**

**Παρακαλώ μου χορηγήσετε** ειδική **άδεια** διάρκειας μίας ( 01 ) ημέρας, την …. / …. /……

για πραγματοποίηση ετήσιου γυναικολογικού ελέγχου……………..……………………………………………………...………………………………………………...……………………………

**Ο/Η Αιτών/Αιτούσα**

……………………………………..