**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** ………………………………………

**ΟΝΟΜΑ:** ………………………………………….

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** ………………………………….

**ΚΛΑΔΟΣ:** ………………………………………….

**ΣΧΟΛΕΙΟ/Α ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:** …………………..

………………………………………………………….

………………………………………………………….

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:** ……………………….… …………………………………………………….….

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚ/ΝΙΑΣ:** …………………………………………………………

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:** ………………………………………………………..

**Email:** ……………………………………………..

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας για υποβολή σε ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή»**

……………………….., \_\_ /\_\_ /\_\_

**ΠΡΟΣ: τη Δ/νση του ….Δ.Σ/…..Νηπ/γείου**

**………………………………………………………………..**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια διάρκειας επτά (7) εργάσιμων ημερών με αποδοχές για υποβολή σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής του Ν.3305/2005 (Α’ 17), από ……/………/……….. έως ……../………./……………. .

Επισυνάπτω:

* Βεβαίωση του θεράποντος ιατρού ή του Δ/ντή μονάδας ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής □

*(σχολείο)* …………………………………………………………….

**Αριθμ Πρωτ.: …......../** \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

**Διαβιβάζεται στη Δ/νση Π.Ε. Ηλείας**

**Ο/Η Δ/ντ ……..… /Προϊσταμεν ……….**

*(Ονοματεπώνυμο/Υπογραφή)*

**……………………………………………**

**Η Αιτούσα**

**…………………………………………**