|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  Επώνυμο:…………………………………………  Όνομα:…....................................  Όνομα πατέρα:…………………………………  Όνομα μητέρας:………………………………  Κλάδος:……………………………………………  Α.Φ.Μ.: ………………………………………….  Δ/νση κατοικίας:…………………….........  Τηλ. κατοικίας:…………………………………  Κινητό τηλ.:…………………………………….  Email: ……………………………………………..  **ΓΙΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ / ΩΡΟΜΙΣΘΙΟΥΣ:**  Αναπληρωτής ΠΛΗΡΟΥΣ………………...  Αναπληρωτής ΕΣΠΑ-ΠΛΗΡΟΥΣ………..  Αναπληρωτής ΕΣΠΑ-ΑΜΩ…………….…  Αναπληρωτής ΠΔΕ …………………….….  Ωρομίσθιος………………………………….…..  Σχολείο/α που υπηρετεί……………….…  ……………………………………………………....  **ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας**  **για υποβολή σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής**  ………………………………………………………..  *(τόπος) (ημερομηνία)* | **ΠΡΟΣ**  **………………………………………………………………….**  **………………………………………………………………….**  Αριθμ.Πρωτ.Σχολείου: ………….  Ημερομηνία : …………………………    Παρακαλώ να μου χορηγήσετε σε εφαρμογή του άρθρου 35 του ν.4808/2021, άδεια…………**(….)** εργάσιμων ημερών **για υποβολή σε μεθόδους** **ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής** με αποδοχές και συγκεκριμένα από ...../...../……... έως και ……/……./……….. .  Συνημμένα υποβάλω:   * Βεβαίωση του θεράποντος ιατρού ή του Διευθυντή μονάδας ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.).   Η αιτούσα  ................................ |
|  |  |

**ΠΡΟΣΟΧΗ! ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΕΔΩ ΤΟ ΣΩΣΤΟ ΛΟΓΟΤΥΠΟ ΕΣΠΑ**