|  |  |
| --- | --- |
| **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**