|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  Επώνυμο: …..…………………………………………………………….  Όνομα: …………………………………………………………………….  Όνομα πατέρα: ………………………………………….……………..  Κλάδος-Ειδικότητα: ..…………………………………..……..……..  ΑΦΜ: ………….……..……… ΑΜΚΑ: …………...…….……………..  Οδός: ………………………………………… Αριθμός: ...……..……..  ΤΚ: .................................. Πόλη: .........................................................  Τηλέφωνο οικίας: ……………………………………………….……  Τηλέφωνο κινητό: …………………………………………………...  E-mail: ...…………………………………………………………………...  Σχέση εργασίας: **Αναπληρώτρια εκπαιδευτικός**  **της Δ/νσης Δ/θμιας Εκπαίδευσης Ιωαννίνων**  Σχολείο τοποθέτησης:  …………………………………..…………………………………………….  Σχολεία που υπηρετώ:  …………………………………………………………………………….….  ………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………..  **ΘΕΜΑ: Χορήγηση ειδικής άδειας**  **για υποβολή σε μεθόδους**  **ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής**  …….……..……….……………., ….…./…...../…..….…  (τόπος - ημερομηνία) | **ΠΡΟΣ**  …………………………………………...………………………………….……  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **ειδική άδεια**  **επτά (7) εργάσιμων ημερών** με αποδοχές  **από** ……..../……..../…..….... **μέχρι και** ……..../……..../………...  για υποβολή σε μεθόδους  **ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής**  ….. Αιτ……….  ……………………………  (υπογραφή)  Θα προσκομίσω βεβαίωση του θεράποντος ιατρού  ή του διευθυντή μονάδας ιατρικώς υποβοηθούμενης  αναπαραγωγής |

*Αναπληρώτριες εκπαιδευτικοί, οι οποίες υποβάλλονται σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής του ν. 3305/2005 (Α΄ 17), δικαιούνται άδεια επτά (7) εργάσιμων ημερών με αποδοχές, ύστερα από βεβαίωση του θεράποντος ιατρού ή του διευθυντή μονάδας ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.).*