|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  Επώνυμο: ……………………………………………….………………..  Όνομα: …………………………………………………………………….  Όνομα πατέρα: ………………………………………………………...  Κλάδος-Ειδικότητα: ...……………………….………………..……..  Αριθμός Μητρώου: …………………………………………………...  Οδός: ………………………………………… Αριθμός: ...……..….….  ΤΚ: .................................. Πόλη: ……………………………………….  Τηλέφωνο οικίας: …………………….………………………………  Τηλέφωνο κινητό: …………………………………………………....  E-mail: ……………………………………...……………………………...  Εργασιακή σχέση: **Μόνιμος εκπαιδευτικός**  **της ΔΔΕ …………………………………………………………….…..**  Σχολείο τοποθέτησης:  …………………………………..…………………………………………..  Οργανική τοποθέτηση Προσωρινή τοποθέτηση  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  και του διευθυντή μονάδας ιατρικώς υποβοηθούμενης  αναπαραγωγής |

*Σε εκπαιδευτικούς στις οποίες εφαρμόζονται μέθοδοι ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής του ν. 3305/2005 (Α΄ 17) χορηγείται άδεια επτά (7) εργάσιμων ημερών με πλήρεις αποδοχές, ύστερα από βεβαίωση του θεράποντος ιατρού και του διευθυντή μονάδας ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.).*