|  |  |
| --- | --- |
| **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 τοποθέτησηΣχολεία 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 ιατρούκαι του διευθυντή μονάδας ιατρικώς υποβοηθούμενηςαναπαραγωγής |

*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.).*