|  |  |
| --- | --- |
| **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 ιατρούή του διευθυντή μονάδας ιατρικώς υποβοηθούμενηςαναπαραγωγής |

*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.).*