**ΑΙΤΗΣΗ**

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Σχέση Εργασίας: ………………………………

Εκπαιδευτικός Κλάδου:

Σχολείο οργανικής θέσης: ..

..

Σχολείο που υπηρετεί: ..

..

Δ/νση κατοικίας: ..

..

Τηλέφωνο: ..

e-mail:…………………………………………..

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας** **για ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή»**

(τόπος, ημερομηνία)

**Προς**

**………………………………….**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε ειδική άδεια διάρκειας ( ) ημερών, από …. / …. / …… μέχρι …. / …. / ……

για ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (του Ν. 3305/2005 Α’ 17)

…………………………..……………………………………………………...………………………………………………...………………………………

συνημμένα υποβάλω:

……………………………………………………

Η ΑΙΤΟΥΣΑ

………………………………………………………

(υπογραφή εκπαιδευτικού)