**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 υποβολή σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής»**

(τόπος, ημερομηνία)

**Προς**

**………………………………….**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια **7 εργάσιμων ημερών με αποδοχές**, για υποβολή σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (άρθρο 35, ν. 4808/2021)

από …. / …. / …… μέχρι …. / …. / ……

……. ΑΙΤ…….

………………………………………………………

(υπογραφή εκπαιδευτικού)