|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ****Επώνυμο**:…………………………………………………………..**Όνομα**:…...............................................................Όνομα πατέρα:………………………………………………….Κλάδος/Ειδικότητα:……………..……………………………Δ/νση κατοικίας:……………………………………………….Τηλ. κατοικίας:……………………………….…………………Τηλ. Κινητό.:…………………………………………………….ΑΦΜ:……………………………………………………….……..**ΓΙΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΕΣ / ΩΡΟΜΙΣΘΙΕΣ:**Αναπληρώτρια ΠΛΗΡΟΥΣ Αναπληρώτριας ΕΣΠΑ-ΠΛΗΡΟΥΣ Αναπληρώτρια ΕΣΠΑ-ΑΜΩ Ωρομίσθια **ΚΕΔΑΣΥ/Σχολείο/α που υπηρετώ:**…………………………………………………………………………**Θέμα: «Χορήγηση άδειας για υποβολή σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής»**………………………, ………/………./20……*(Τόπος) (Ημερομηνία)* | **ΠΡΟΣ**: ………………………………………………………………Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια για υποβολή σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής\*. Ημέρες …………………………………. (….) από την ……./….…/……………, έως και την ……./……./…………….. *\*(άρθρο 35, ν.4808/2021, ΦΕΚ 101/τ.Α/19.06.2021: εργαζόμενες, οι οποίες υποβάλλονται σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δικαιούνται άδεια επτά εργάσιμων ημερών με αποδοχές, ύστερα από βεβαίωση του θεράποντος ιατρού ή του διευθυντή μονάδας ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής)* ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:Ιατρική Βεβαίωση θεράποντος ιατρού **ή** του Διευθυντή Μονάδας Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Μ.Ι.Υ.Α).**Η Αιτούσα**…………………………………(υπογραφή) |