|  |  |
| --- | --- |
| **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) |