|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ | Λευκάδα, xx-xx-xxxxx |
| ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠAΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ |  |
|  | Αριθμ. Πρωτ.: xx |
| ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ & ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΛΕΥΚΑΔΑΣ**  **ΟΝΟΜΑ ΣΧΟΛΕΙΟΥ** |  |
|  |  |
| Ταχ. Δ/νση : XXXXXXXXXX | **ΑΠΟΦΑΣΗ** |
| XXXXX ΛΕΥΚΑΔΑ |  |
| Πληροφορίες: XXXXXXX XXXXXXXXX |  |
| Τηλ.: XXXXXXXXXX |  |
| e-mail: [XXXXXXXXXX](mailto:mail@dipe.lef.sch.gr) |  |
|  |  |

***Θέμα:*** « **Χορήγηση άδειας για υποβολή σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής»**

### Η/Ο Διευθύντρια/-ντής ή Η/Ο Προϊσταμένη/-ος της σχολικής μονάδας

**Έχοντας υπόψη :**

1. Την υπ’αριθμ. Φ.353.1/324/105657/Δ1/16.10.2002 Υπουργική Απόφαση του ΥΠ.Ε.Π.Θ. «Καθορισμός των ειδικότερων καθηκόντων των Προϊσταμένων των Περιφερειακών Υπηρεσιών Π/θμιας & Δ/θμιας Εκπ/σης, ………» (ΦΕΚ 1340/16.10.2002 τ.Β΄), όπως τροποποιήθηκε με την υπ’αριθμ.Φ353.1/26/153324/Δ1/25-09-2014 Υ.Α του ΥΠΑΙΘ (ΦΕΚ 2648 τ.Β’/7-10-2014).
2. Το άρθρο 35 του ν. 4808/2021 (ΦΕΚ Α' 101/19-06-2021).
3. Την από xx/xx/xxxx σχετική αίτησή της μαζί με βεβαίωση θεράποντος ιατρού ή του Δ/ντή Μονάδας Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.).

#### Αποφασίζουμε

**Χορηγούμε** στην **κ.** **xxxxxxxxxxxxx xxxxxxxx**, εκπαιδευτικό ΕΣΠΑ κλ. ΠΕxx, του …. ΔΣ/Νηπ. ………………..**άδεια για υποβολή σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής** απουσίας **επτά** **(07) ημερών** με πλήρεις αποδοχές, από **xx/xx/xxxx έως και xx/xx/xxxx.**

Η/Ο Διευθύντρια/-ντής ή Η/Ο Προϊσταμένη/-ος

xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxx

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ :**

1. Ενδιαφερόμενη
2. Σχολείο
3. Π.Μ. εκπ/κού

