**ΑΙΤΗΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ: **………………………………………**

ΟΝΟΜΑ: **………………………………………….**

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: **………………………………….**

ΚΛΑΔΟΣ: **………………………………………….**

ΣΧΟΛΕΙΟ: **………………………………………..**

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ**:……………………….… ……………………………………………………….**

ΠΟΛΗ:**………………………………………….…**

Τ.Κ.**:……………………………………….……….**

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: **……………………………………**

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

Λευκάδα: \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_

ΠΡΟΣ: Τη Δ/νση του ..ΔΣ/..Νηπ/γείου ……………………..

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια **για υποβολή σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής**  επτά (07) ημερών με αποδοχές από **…../….../………** έως και ……/……/…….. σύμφωνα με το άρθρο 35 του ν.4808/ 2021.

Προσκομίζω συνημμένα:

* Βεβαίωση θεράποντος ιατρού ή του Δ/ντή Μονάδας Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

Η αιτούσα