

# ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΝΟΜΑ: .....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: .....

ΚΛΑΔΟΣ: .....

ΣΧΟΛΕΙΟ: .....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:.....

.....

ΠΟΛΗ:.....

Τ.Κ.:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: .....

ΠΡΟΣ: Τη Δ/νση του ..ΔΣ/..Νηπ/γείου

.....

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια για υποβολή σε μεθόδους ιατρικής 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 Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

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

Η αιτούσα

Λευκάδα: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_



Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ  
Υ.ΠΑΙ.Θ.Α.  
Περιφερειακό Πρόγραμμα «Ιόνια Νησιά»  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο+ (ΕΚΤ+)