**ΠΡΟΣ**

**Το Δ/ντη-ντρια Προϊστάμενο/νη Σχολικής Μονάδας**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια για ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (ν.4808/2021) …………… ημερών από …………………έως και …………………

**Συνημμένα καταθέτω:**

***1) Βεβαίωση από τον θεράποντα ιατρό***

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**……………………………………….

**ΟΝΟΜΑ:**…………………………………………….

**ΟΝ.ΠΑΤΡΟΣ:**…………………………………….

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**………………………………….

**ΣΧΟΛΕΙΟ ΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ:**……………………............

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**……………………….

……………………………………………………………

**ΠΟΛΗ:**……………………………………………….

**Τ.Κ.:**…………………………………………………..

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**…………………………………….

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

……………………………………

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας υποβοηθούμενης**

**αναπαραγωγής (ν.4808/2021»**

ΛΑΜΙΑ: …………………………………………

