

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΚΛΑΔΟΣ:

ΣΧΟΛΕΙΟ/Α ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:

.....

.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚ/ΝΙΑΣ:

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

.....

Email:

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

....., __/__/__

**ΠΡΟΣ: τη Δ/ση του 3^{ου} Δημοτικού Σχολείου
Πύργου Ηλείας**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια διάρκειας
επτά (7) εργάσιμων ημερών με αποδοχές για
υποβολή σε μεθόδους ιατρικώς
υποβοηθούμενης αναπαραγωγής του
N.3305/2005 (Α' 17), από/...../..... έως
...../...../..... .

Επισυνάπτω:

- Βεβαίωση του θεράποντος ιατρού ή του
Δ/ντή μονάδας ιατρικώς υποβοηθούμενης
αναπαραγωγής

(σχολείο)

Αριθμ Πρωτ.:/ ____ - ____ - ____

Διαβιβάζεται στη Δ/ση Π.Ε. Ηλείας

Ο/Η Δ/ντ /Προϊσταμεν

.....

(Ονοματεπώνυμο/Υπογραφή)

Η Αιτούσα

.....



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Πρόγραμμα
Ανθρώπινο Δυναμικό και
Κοινωνική Συνοχή

