

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΚΛΑΔΟΣ:

ΣΧΟΛΕΙΟ/Α ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:

.....

.....

Α.Μ.:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚ/ΝΙΑΣ:

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

.....

Email:

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

....., __/__/__

ΠΡΟΣ: τη Δ/νση 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
Ν.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/νση Π.Ε. Ηλείας

Ο/Η Δ/ντ /Προϊσταμεν

.....

(Ονοματεπώνυμο/Υπογραφή)

Η Αιτούσα

.....