**ΑΙΤΗΣΗ**

Επώνυμο………………………………………………………

Όνομα……………………………………………………………

Πατρώνυμο……………………………………………………

Κλάδος……………………………………………………………

Βαθμός ………………………………………………………

Οργανική Θέση……………………………………………..

Θέση που υπηρετώ…………………………………….

………………………………………………………………………

Δ/νση κατοικίας……………………………………………

………………………………………………………………………

Τηλέφωνο………………………………………………………

Email……..………………………………………………………

ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας για **υποβολή σε υποβοηθούμενη αναπαραγωγή**

**ΠΡΟΣ**

Δ/ντή-ντρια

……………………………………………….…………………….

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια **για υποβολή σε υποβοηθούμενη αναπαραγωγή** επτά (7) εργάσιμων ημερών με αποδοχές, από τις ……………………………………............................

Μαζί υποβάλλω και:

α) ιατρική βεβαίωση θεράποντα ιατρού **ΚΑΙ**

β) βεβαίωση Δ/ντή μονάδας ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

Ημερομηνία:…………………………………………..

………… Αιτ……………………