

Α Ι Τ Η Σ Η

Προς

Επώνυμο:.....

.....

Όνομα:.....

Όνομα Πατρός:.....

Σχέση Εργασίας:

Εκπαιδευτικός Κλάδου:.....

Σχολείο οργανικής θέσης:

.....

Σχολείο που υπηρετεί:

.....

Δ/ση κατοικίας:

.....

Τηλέφωνο:.....

e-mail:.....

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε ειδική άδεια
διάρκειας () ημερών, από / / μέ-
χρι / /

για ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

.....

.....

.....

συνημμένα υποβάλω:

.....

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας για ιατρικώς υπο-
βοηθούμενη αναπαραγωγή»**

Η ΑΙΤΟΥΣΑ

.....

(υπογραφή εκπαιδευτικού)

.....

(τόπος, ημερομηνία)