

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΚΛΑΔΟΣ:

ΣΧΟΛΕΙΟ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:.....

.....

ΠΟΛΗ:.....

Τ.Κ.:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΠΡΟΣ: Τη Δ/νση του ..ΔΣ/..Νηπ/γείου

.....

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια για υποβολή σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής επτά (07) ημερών με αποδοχές από/...../..... έως και/...../..... σύμφωνα με το άρθρο 35 του ν.4808/2021.

Προσκομίζω συνημμένα:

- Βεβαίωση θεράποντος ιατρού ή του Δ/ντή Μονάδας Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας για ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή »

Η αιτούσα

Γρεβενά: __/__/____



Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Πρόγραμμα Ανθρώπινο Δυναμικό και Κοινωνική Συνοχή

