

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ & ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ  ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ Α/ΘΜΙΑΣ &   Β/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ  Δ/ΝΣΗ Α/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΞΑΝΘΗΣ  (ΣΧΟΛΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ) |  | ΞΑΝΘΗ: ……../………/20……  Αριθμ. Πρωτ.: |  |
|  |  |

ΠΡΟΣ: (ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ)

|  |  |
| --- | --- |
| Ταχ. Δ/νση |  |
| Πληροφορίες |  |
| Τηλέφωνο |  |
| e-mail |  |
| Ιστοσελίδα |  |
|  | |

### ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας για υποβολή σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

**Έχοντας υπόψη:**

1. Τις διατάξεις του άρθρου 35 του Ν.4808/2021(ΦΕΚ 101/τ.Α΄/19-06-2021).
2. Τις διατάξεις του Ν. 3305/2005 (ΦΕΚ 17/τ. Α΄/27-01-2005).
3. Την υπ’αρίθμ. Πρωτ. Φ.353.1/26/153324/Δ1 Υ.Α. (ΦΕΚ 2648/τ.Β’/07-10-2014), η οποία τροποποίησε την υπ’ αριθμ. Φ.353.1/324/105657/Δ1 Υ.Α. (ΦΕΚ 1340/τ.Β΄/ 08-10-2002) με θέμα: «Καθορισμός των ειδικότερων καθηκόντων και αρμοδιοτήτων … των Διευθυντών & Υποδιευθυντών σχολικών μονάδων».
4. Την από ..…/..…/……… αίτηση της ενδιαφερόμενης.
5. Την από ..…/..…/……… βεβαίωση του θεράποντος ιατρού ή του Διευθυντή μονάδας ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.).

**Αποφασίζουμε**

Χορηγούμε στην κ. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ του ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ, Αναπληρώτρια εκπαιδευτικό κλάδου ΠΕ….. στο (ΣΧΟΛΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ), με ΑΦΜ: ……………………….. άδεια για υποβολή σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής επτά (7) εργάσιμων ημερών, από …../…../……… έως …../…../……… με αποδοχές.

**Ο/Η Διευθυντής/ντρια της Σχολικής Μονάδας**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ**

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**

1. Ενδιαφερόμεν...

2. Δ/νση Π.Ε. Ξάνθης

3. Αρχείο Σχολείου