**** ……………………., …./…../20….

# Αριθ. Πρωτ:…………………

# ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

# YΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

# ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

# ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ Π/ΘΜΙΑΣ ΠΡΟΣ: Δ/νση Π/θμιας Εκπ/σης

# & Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ Αιτωλ/νίας

# Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΑΙΤΩΛ/ΝΙΑΣ Υπεύθυνη αδειών αναπληρωτών

# ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ:…………………….. (μέσω Τμήματος Γ’ Προσωπικού)

# ή ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ:……………………………. tm.espa@dipe.ait.sch.gr

# Ταχ. Δ/νση:…………………………………….. Τραυλαντώνη 2, 30200 ΜΕΣΟΛΟΓΓΙ

# Πληροφορίες:………………………………….

# Τηλέφωνο:…………………………………… ΑΠΟΦΑΣΗ

# Emai:…………………………………………….

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

Έχοντας υπόψη:

1. Το άρθρο 35 του Ν. 4808/2021.
2. Την αριθμ. Φ.351.5/85/162843/Δ1/09-10-2014 έγγραφο που αφορά τη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων στους Διευθυντές/Προϊσταμένους των σχολικών μονάδων σχετικά με τη χορήγηση αδειών.
3. Το άρθρο 28 της αριθμ.Φ.353.1/324/105657/Δ1 υπουργικής απόφασης ‘’Καθορισμός των ειδικότερων καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των Προϊσταμένων των Περιφερειακών υπηρεσιών ΠΕ & ΔΕ των Δ/ντών και Υποδ/ντών των σχολικών μονάδων και ΣΕΚ και των συλλόγων διδασκόντων‘’.
4. Την από ……………..αίτηση του/της ………………………του Δημοτικού Σχολείου/Νηπιαγωγείου………….
5. Την από ………………….. βεβαίωση του ιατρού.

α π ο φ α σ ί ζ ο υ μ ε

Χ ο ρ η γ ο ύ μ ε στον………………, Εκπ/κό Λειτουργό Π.Ε., άδεια **για υποβολή σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής** ………(….) ημερών στις …………………………….

….. Διευθυντ…./Προϊσταμεν…. του σχολείου

# ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

# 1.Διευθυντή Σχολείου

# 2.Ενδιαφερόμενο εκπαιδευτικό

# 3.Π.Μ. Υπαλλήλου

