|  |  |
| --- | --- |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ,ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΑ/ΘΜΙΑΣ & Β/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ****ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΛΑΚΩΝΙΑΣ****…..ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ/ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ…….** |  ΣΠΑΡΤΗ/…………, ….-…..-202….  Αριθμ. Πρωτ.: -- |
|   Ταχ. Διεύθυνση:  Ταχ. Κώδικας: Πληροφορίες: Τηλέφωνο:  Δικτυακός τόπος: Ηλεκτρ. Ταχυδρ.: |  |  |  **ΑΠΟΦΑΣΗ** |
|  |  |

**Θέμα: «Χορήγηση άδειας για υποβολή σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής»**

Ο/Η Διευθυντής-ντρια/ Προϊστάμενος-η του ……………….

**΄**Εχοντας υπόψη:

1. Την παρ. 8 του άρθρου 50, του ν. 3528/2007 (ΦΕΚ.26 /9-2-2007 τ. Α΄), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
2. Την με αρίθμ.Φ.351.5/43/67822/Δ1/5-5-2014 εγκύκλιο του ΥΠΑΙΘ.
3. Την με αριθμ. Φ.353.1/26/153324/Δ1/25-9-2014 Υ.Α (ΦΕΚ αρ.2648 τ.Β’/7-10-2014.
4. Το με αρ πρωτ 169923/Ε3/ 15-12-2020 έγγραφο του ΥΠΑΙΘ.
5. Την υπ’ αριθμ. ……../…..-…..-202… αίτηση της κ. ……………….., εκπαιδευτικού κλάδου ΠΕ……………(……) που υπηρετεί στο Δημοτικό Σχολείο/ Νηπιαγωγείο…………., με την οποία αιτείται επτά (07) ημερών ειδική άδεια για υποβολή σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, από ……-…..-202…...
6. Την από ……-…..-202….. ιατρική βεβαίωση

 **Α π ο φ α σ ί ζ ο υ μ ε**

Χ ο ρ η γ ο ύ μ ε στην κ. ………………………………., εκπαιδευτικό κλάδου ΠΕ ….. ( ………..), επτά (07) ημέρες ειδική άδεια για υποβολή σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, από …….-…..-202…, με πλήρεις αποδοχές.

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**

1. Διεύθυνση Π.Ε. Λακωνίας (για Π.Μ.) **Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ-ΝΤΡΙΑ/ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ-Η**
2. Ενδιαφερόμενο/η
3. Φ. Αρχείου