**ΑΙΤΗΣΗ Αναπληρώτριας**

Επώνυμο…………………………………………………………………

Όνομα…………………………………………………………………….

Πατρώνυμο...............................................................

Μητρώνυμο…………………………………………………………..Κλάδος……………………………………………………………........

Θέση που υπηρετώ: ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ Ηρακλείου/

 …………….ΣΔΕΥ Ηρακλείου Δ/νση κατοικίας……………………………………………………

…………………………………………………………………………………

Τηλέφωνο………………………………………………………………

email:………………………………………………………………………

ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας **γυναικολογικού ελέγχου (για αναπληρώτριες)**

**ΠΡΟΣ:**

**ΠΔΕ Κρήτης**

 **(δια του ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ Ηρακλείου)**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια** **γυναικολογικού ελέγχου** βάσει του άρθρου 40 Ν.4808/2021 (Α’ 101), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το άρθρο 96 του ν.5043/2023, χρονικής διάρκειας μίας (**1)** ημέρας και συγκεκριμένα στις ……./……/ 20……

Συνοδευτικά:

* Θα υποβάλλω βεβαίωση του θεράποντος ιατρού περί πραγματοποίησης του σχετικού ελέγχου.
* Υποβάλλω βεβαίωση του θεράποντος ιατρού περί πραγματοποίησης του σχετικού ελέγχου.

 Ημερομηνία:…………………………………

Η Αιτούσα