

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



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Περιφερειακό Πρόγραμμα
«Κρήτη»
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο+ (ΕΚΤ+)