**ΑΙΤΗΣΗ Αναπληρώτριας**

Επώνυμο…………………………………………………………………

Όνομα…………………………………………………………………….

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

Κλάδος……………………………………………………………........

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

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

…………………………………………………………………………………

Τηλέφωνο………………………………………………………………

email:…………………………………………………………….

ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας προγεννητικών εξετάσεων **(για αναπληρώτριες)**

 Χορηγηθείσα σχετική άδεια τρέχοντος διδακτικού έτους:………………………ημέρ……..

(συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

**ΠΡΟΣ: ΠΔΕ Κρήτης**

 **(δια του ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ Ηρακλείου)**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια προγεννητικών εξετάσεων** βάσει του άρθρου 40 Ν.4808/2021 όπως τροποποιήθηκε και ισχύει (άρ. 65, Ν. 5003/2022 (ΦΕΚ 230/2022) μίας (**1)** ημέρας και συγκεκριμένα στις …./……/ 20…

Συνοδευτικά υποβάλλω:

* Ιατρική γνωμάτευση
* Γνωμάτευση Νοσοκομείου

 Ημερομηνία:…………………………………

Η Αιτούσα