

## ΑΙΤΗΣΗ Αναπληρώτριας

Επώνυμο.....  
Όνομα.....  
Πατρώνυμο.....  
Κλάδος.....  
Θέση που υπηρετώ: ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ Ηρακλείου/  
.....ΣΔΕΥ Ηρακλείου  
Δ/νση κατοικίας.....  
.....  
Τηλέφωνο.....  
email:.....

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

ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας προγεννητικών εξετάσεων (για αναπληρώτριες)  
Χορηγηθείσα σχετική άδεια τρέχοντος διδακτικού έτους:.....ημέρ.....  
(συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

Ημερομηνία:.....

Η Αιτούσα



Με τη συγχρηματοδότηση  
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



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