**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

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

(συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

ΠΡΟΣ:

ΠΔΕ ΚΡΗΤΗΣ

(δια του ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ Ηρακλείου)

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια για υποβολή σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής** (Ν. 3305/2005, άρθρο 35 Ν. 4808/2021, …………..(………) ημέρας/ών και συγκεκριμένα από τις …………/………/…………..έως τις …………./………………/……………

Συνοδευτικά υποβάλλω:

* Γνωμάτευση/βεβαίωση του θεράποντος ιατρού ή διευθυντή μονάδας ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.)

Ημερομηνία:…………………………………

Η Αιτούσα