**ΑΙΤΗΣΗ της**

Επώνυμο…………………………………………………………………

Όνομα…………………………………………………………………….

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

Μητρώνυμο:………………………………………………………….

Κλάδος…………………………………………………………….......

Αριθμός Μητρώου……………………………………

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

 …………….ΣΔΕΥ Ηρακλείου

Δ/νση κατοικίας……………………………………………………

…………………………………………………………………………………

Τηλέφωνο………………………………………………………………

email:……………………………………………………………………..

ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας

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

(συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

 ΠΡΟΣ:

 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