

ΑΙΤΗΣΗ της

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

ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας

Χορηγηθείσα σχετική άδεια τρέχοντος
διδακτικού έτους:.....ημέρ.....
(συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

ΠΡΟΣ:
ΚΕ.Δ.Α.Σ.ΥΗρακλείου

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδειαγια υποβολή σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Ν. 3305/2005, άρθρο35 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