|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**Επώνυμο: …..…………………………………………………………….Όνομα: …………………………………………………………………….Όνομα πατέρα: ………………………………………….……………..Κλάδος-Ειδικότητα: ..…………………………………..……..……..ΑΦΜ: ………….……..……… ΑΜΚΑ: …………...…….……………..Οδός: ………………………………………… Αριθμός: ...……..……..ΤΚ: .................................. Πόλη: .........................................................Τηλέφωνο οικίας: ……………………………………………….……Τηλέφωνο κινητό: …………………………………………………....E-mail: ...…………………………………………………………………...Σχέση εργασίας: **Αναπληρωτής εκπαιδευτικός****της Δ/νσης Δ/θμιας Εκπαίδευσης Ιωαννίνων**Σχολείο τοποθέτησης:…………………………………..…………………………………………….Σχολεία που υπηρετώ:…………………………………………………………………………….….………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………..Ο αριθμός ημερών άδειας φροντιστή που μου έχουνχορηγηθεί κατά τη διάρκεια της σύμβασής μου είναι:………………………………………….……… (…….... ) ημερ………**ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας φροντιστή**……………………...……….., …...../…...../…..……. (τόπος - ημερομηνία) | **ΠΡΟΣ****τη Δ/νση Δ/θμιας Εκπ/σης Ιωαννίνων**δια του ……………………………………………………………….……….…Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια φροντιστή**διάρκειας ...…………………………….…………. (…….... ) ημερ…….…**από** ……..../……..../…..….…. **μέχρι και** ……..../……..../………….για την παροχή φροντίδας ή υποστήριξης ………………………...………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………..….. Αιτ……….………………………(υπογραφή)**Συνημμένα υποβάλλω:** Πιστοποιητικό .……………………………………………………………………………………………………………… Βεβαίωση ……...………………………………………………………………………………………………………………. Ιατρική γνωμάτευση …..………………………………………………………………………………………………… |

*Κάθε εργαζόμενος που έχει συμπληρώσει έξι (6) μήνες συνεχόμενη ή με διαδοχικές συμβάσεις εργασία ορισμένου χρόνου, δικαιούται άδεια φροντιστή ώστε να παρέχει προσωπική φροντίδα ή υποστήριξη σε συγγενή ή πρόσωπο, που κατοικεί στο ίδιο νοικοκυριό με τον εργαζόμενο και που έχει ανάγκη σημαντικής φροντίδας ή υποστήριξης για σοβαρό ιατρικό λόγο.*

*Η ανάγκη φροντίδας ή υποστήριξης βεβαιώνεται με ιατρική γνωμάτευση.*

*Η άδεια έχει διάρκεια έως πέντε (5) εργάσιμες ημέρες για κάθε ημερολογιακό έτος και* ***χορηγείται χωρίς καταβολή αποδοχών****.*