|  |  |
| --- | --- |
| **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 έχουν  χορηγηθεί 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****.*