|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**Επώνυμο: ……………………………………………….………………..Όνομα: …………………………………………………………………….Όνομα πατέρα: ………………………………………………………...Κλάδος-Ειδικότητα: ...……………………….………………..……..Αριθμός Μητρώου: …………………………………………………...Οδός: ………………………………………… Αριθμός: ...……..….….ΤΚ: .................................. Πόλη: ……………………………………….Τηλέφωνο οικίας: …………………….………………………………Τηλέφωνο κινητό: …………………………………………………....E-mail: ……………………………………...……………………………...Εργασιακή σχέση: **Μόνιμος εκπαιδευτικός****της ΔΔΕ …………………………………………………………….…..**Σχολείο τοποθέτησης:…………………………………..………………………………………….. Οργανική τοποθέτηση Προσωρινή τοποθέτησηΣχολεία που υπηρετώ:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……..………………………………………………………………………….…..**ΘΕΜΑ: Χορήγηση ειδικής άδειας****για νόσημα**…….………….…….…………., ……./…..../….…….(τόπος - ημερομηνία) | **ΠΡΟΣ**…………………………………………...………………………………….……Παρακαλώ να μου χορηγήσετε**ειδική άδεια για νόσημα**διάρκειας ...………………………...…………. (……....) ημερ……..…**από** ….….../…….../……...… **μέχρι και** ….….../…….../………..…….. Αιτ……….………………………………(υπογραφή)**Συνημμένα υποβάλλω:** Γνωμάτευση Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπήςμε αριθμό πρωτοκόλλου .......…………………………………………και διάρκεια ισχύος μέχρι ..………………………………………….. Πιστοποιητικό ΚΕ.Π.Α. …………………………………………….με αριθμό γνωστοποίησης …...……………………………………...και διάρκεια ισχύος μέχρι ..………………………………………….. Κοινή υπεύθυνη δήλωση των συνδικαιούχων υπαλλήλων στην οποία καθορίζεται ο αριθμός των ημερών που θα λάβει κάθε δικαιούχος από το σύνολο των τριάντα δύο (32) εργασίμων ημερών κατ’ έτος που δικαιούνται για το ίδιο πάσχον πρόσωπο αθροιστικά |

*Εκπαιδευτικοί που πάσχουν ή έχουν σύζυγο ή τέκνο που πάσχει από νόσημα, το οποίο απαιτεί τακτικές μεταγγίσεις αίματος ή χρήζει περιοδικής νοσηλείας, δικαιούνται ειδική άδεια με αποδοχές έως είκοσι δύο (22) εργάσιμες ημέρες τον χρόνο. Η ίδια ειδική άδεια χορηγείται και σε εκπαιδευτικούς που έχουν τέκνα που πάσχουν από βαριά νοητική υστέρηση ή σύνδρομο Down ή Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή (Δ.Α.Δ.), εφόσον αυτά είναι ανήλικα ή ενήλικα που δεν εργάζονται λόγω των παθήσεων αυτών.*

*Σε περίπτωση που ο εκπαιδευτικός δικαιούται την ειδική άδεια για περισσότερα από ένα πάσχοντα πρόσωπα ή σε περίπτωση που για το ίδιο πάσχον πρόσωπο οι δικαιούχοι της άδειας είναι περισσότεροι του ενός, η ειδική άδεια με αποδοχές προσαυξάνεται κατ’ ανώτατο όριο σε τριάντα δύο (32) εργάσιμες ημέρες τον χρόνο.*


**ΚΟΙΝΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΩΝ**

**ΓΟΝΕΑΣ Α**

|  |  |
| --- | --- |
| ΠΡΟΣ(1): |  |
|  Όνοµα: |   | Επώνυμο: |   |
| Όνοµα και Επώνυμο Πατέρα: |   |
| Όνοµα και Επώνυμο Μητέρας: |   |
| Ημερομηνία γέννησης(2): |   |
| Τόπος Γέννησης: |   |
| Αριθµός Δελτίου Ταυτότητας: |   | Τηλ: |   |
| Τόπος Κατοικίας: |   | Οδός: |   | Αριθ.: |   | ΤΚ: |   |
| Αρ. Τηλεομοιότυπου (Fax): |   | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Εmail): |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ΓΟΝΕΑΣ Β**

|  |  |
| --- | --- |
| ΠΡΟΣ(1): |  |
|  Όνοµα: |   | Επώνυμο: |   |
| Όνοµα και Επώνυμο Πατέρα: |   |
| Όνοµα και Επώνυμο Μητέρας: |   |
| Ημερομηνία γέννησης(2): |   |
| Τόπος Γέννησης: |   |
| Αριθµός Δελτίου Ταυτότητας: |   | Τηλ: |   |
| Τόπος Κατοικίας: |   | Οδός: |   | Αριθ.: |   | ΤΚ: |   |
| Αρ. Τηλεομοιότυπου (Fax): |   | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Εmail): |   |

Με ατομική μας ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνουμε ότι από το σύνολο των τριάντα δύο (32) εργασίμων ημερών κατ’ έτος που δικαιούμαστε αθροιστικά, θα λάβει ο γονέας Α ………………………...….………… (……..…..) ημέρες και ο γονέας Β ………………………….…………… (……..…..) ημέρες.

 (τόπος - ημερομηνία) .…..……………………………., ..…../…..../….…….

 Οι Δηλoύντες Γονείς

Α. ……………………………………………….……….

Β. …..……………………………………………………