|  |  |
| --- | --- |
| **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 αναπηρίας που μου έχουν  χορηγηθεί κατά τη διάρκεια της σύμβασής μου είναι:  ………………………………..…….……….…. (….…….) ημερ……..  **ΘΕΜΑ: Χορήγηση ειδικής άδειας λόγω αναπηρίας**  …..…………………………., …...../.…..../….….…  (τόπος - ημερομηνία) | **ΠΡΟΣ**  …………………………………………...………………………………….……  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε  **ειδική άδεια λόγω αναπηρίας**  διάρκειας ...………………………...…………. (……....) ημερ……..…  **από** ….….../…….../……...… **μέχρι και** ….….../…….../………..…  ….. Αιτ…….  ………………………………  (υπογραφή)  **Συνημμένα υποβάλλω:**  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 ο κάθε δικαιούχος από το σύνολο των ημερών που δικαιούνται για το ίδιο πάσχον πρόσωπο αθροιστικά. |

*Εκπαιδευτικοί που έχουν ποσοστό αναπηρίας πενήντα τοις εκατό (50%) και άνω, ή ανήλικα ή ενήλικα τέκνα τα οποία δεν εργάζονται λόγω αναπηρίας, με ποσοστό αναπηρίας πενήντα τοις εκατό (50%) και άνω, δικαιούνται ειδική άδεια έξι (6) εργάσιμων ημερών με αποδοχές κάθε χρόνο, επιπλέον της κανονικής.*

*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 δέκα (10) εργάσιμες ημέρες τον χρόνο.*

***Στους αναπληρωτές εκπαιδευτικούς οι ως άνω άδειες χορηγούνται σε αναλογία με βάση τη διάρκεια της σύμβασής τους.***

  
**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 ……………….………….…….…………..……………. (…..….…..) 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. ………..………………………………………………