|  |  |
| --- | --- |
| **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 έχουνχορηγηθεί 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. ………..………………………………………………