|  |  |
| --- | --- |
| **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 για νόσημα που μου έχουν  χορηγηθεί κατά τη διάρκεια της σύμβασής μου είναι:  ………………………………..…….……….…. (….…….) ημερ……..  **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 Επιτροπής  με 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 ο κάθε δικαιούχος από το σύνολο των ημερών 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.*

***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. ………..………………………………………………