|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ*****Στοιχεία Αιτούμενου:***Επώνυμο: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Όνομα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Όνομα Πατρός: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Κλάδος: \_\_\_\_\_\_ Ειδικότητα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Διεύθυνση Κατοικίας*Οδός:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_Αριθμ\_\_\_\_\_\_\_ΤΚ: \_\_\_\_\_\_\_\_ Περιοχή:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Πόλη:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Τηλέφωνο Οικίας: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Τηλέφωνο Κινητό: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Σχέση Εργασίας: Μόνιμος Εκπ/κός****Σχολείο Τοποθέτησης** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Συμπληρώνετε ένα από τα παρακάτω):□ Οργανική Προσωρινή Τοποθέτηση**Σχολεία που Υπηρετώ:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*\* Για αποσπασμένους από άλλο ΠΥΣΔΕ αναγράψτε σε ποια ΔΔΕ ανήκετε ΔΔΕ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Σύνολο ημερών **αναρρωτικής** άδειας που χορηγήθηκαν κατά το τρέχον ημερολογιακό έτος **:**Υπεύθυνη Δήλωση :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_) ημερ \_\_\_Ιατρική Γνωμάτευση :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_) ημερ\_\_\_\_**Θέμα: «Χορήγηση αναρρωτικής άδειας»** Ιωάννινα\_\_\_\_ / \_\_\_ 201 |  **Προς: Διεύθυνση Δ.Ε. Ιωαννίνων****(Δια του Δ/ντή ή Δ/ντριας του Σχολείου:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε αναρρωτική άδεια \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ημερ και συγκεκριμένα από \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ μέχρι και \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**διότι: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Συνοδευτικά υποβάλλω:*** Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 Ν.1599/1986 εκπ/κού για ασθένεια (1)
* Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού (2)

**Ο/Η Ατών/ούσα**(Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή) **Ο/Η Διευθυντής/ντρια**  (Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή) |

(1) Με υπεύθυνη δήλωση ασθένειας ο εκπ/κός δικαιούταιμέχρι μία 1/ημέρα (συνολικά 2 ημέρες άδειας) κατά ημερολογιακό έτος.

(2) Με γνωμάτευση θεράποντα ιατρού ο εκπ/κός δικαιούται μέχρι οκτώ 8/ήμερες (συνολικά 8 ημέρες άδειας) κατά ημερολογιακό έτος.

 Το σύνολο των βραχυχρόνιων αναρρωτικών αδειών των περιπτώσεων 1, και 2 που χορηγούνται χωρίς γνωμάτευση υγειονομικής επιτροπής δεν υπερβαίνει αθροιστικά τις **οκτώ (08) ημέρες** κατά ημερολογιακό έτος.

Σε περίπτωση βραχυχρόνιας αναρρωτικής άδειας πέρα των οκτώ (08) ημερών ο υπάλληλος παραπέμπεται υποχρεωτικά για εξέταση στην οικεία υγειονομική επιτροπή με εξαίρεση την περίπτωση που η άδεια χορηγείται βάσει γνωμάτευσης του διευθυντή κλινικής δημόσιου νοσοκομείου και εφόσον πρόκειται για νοσηλεία επτά (07) ημερών τουλάχιστον ή κατόπιν χειρουργικής επέμβασης. Στις ίδιες περιπτώσεις δεν επιτρέπεται η χορήγηση αναρρωτικής άδειας με υπεύθυνη δήλωση του υπαλ­λήλου.

**Η αίτηση για αναρρωτική άδεια υποβάλλεται εντός επτά (7) ημερών από την απουσία του υπαλλήλου λόγω ασθενείας.**