|  |  |
| --- | --- |
| **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 που χορηγήθηκαν κατά το τρέχον ημερολογιακό έτος : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_) ημερ\_\_\_\_  **Θέμα: «Χορήγηση ειδικής άδειας αναπηρίας»**  Ιωάννινα: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ /201\_\_ | **Προς: Διεύθυνση Δ.Ε. Ιωαννίνων**  **(Δια του Δ/ντή ή Δ/ντριας του Σχολείου:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**  Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε ειδική  **άδεια αναπηρίας** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ημερ \_\_\_\_\_\_\_  από \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ μέχρι και \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **διότι** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Συνοδευτικά υποβάλλω:**  □ Πιστοποιητικό Κέντρου Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α)  **Ο/Η Ατών/ούσα**  (Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή)    **Ο/Η Διευθυντής/ντρια**  (Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή) |

Οι εκπ/κοί με ποσοστό αναπηρίας πενήντα τοις εκατό (50%) και άνω δικαιούνται κάθε ημερολογιακό έτος άδεια με αποδοχές **έξι (6) εργάσιμων ημερών** επιπλέον της κανονικής τους άδειας.