|  |  |
| --- | --- |
| **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 γονικής άδειας »** Ιωάννινα: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ /201\_\_ |  **Προς: Διεύθυνση Δ.Ε. Ιωαννίνων****(Δια του Δ/ντή ή Δ/ντριας του Σχολείου:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε **ειδική**  **γονική άδεια** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_) ημερ \_\_\_\_\_ από \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ μέχρι και \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Συνοδευτικά υποβάλλω:**□ Γνωμάτευση Α/θμιας Υγειονομικής Επιτροπής□ Προσδιορισμός του χρονικού διαστήματος για το οποίο απαιτείται η νοσηλεία αυτή**Θα υποβάλω:**□ Βεβαίωση νοσηλείας **Ο/Η Ατών/ούσα** (Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή)**Ο/Η Διευθυντής/ντρια** (Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή) |

 Στον εκπ/κό, φυσικό, ή θετό γονέα **παιδιού ηλικίας έως και 18 ετών** συμπληρωμένων, το οποί πάσχει από νόσημα που απαιτεί μεταγγίσεις αίματος και παραγώγων του ή αιμοκάθαρση, από νεοπλασματική ασθένεια, ή χρήζει μεταμόσχευσης, χορηγείται επιπλέον των 22 ημερών και εφόσον τις έχει εξαντλήσει, **ειδική γονική άδεια** διάρκειας **δέκα εργάσιμων ημερών** κατά το ημερολογιακό έτος, με αποδοχές έπειτα από αίτηση του.