|  |  |
| --- | --- |
| **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 \_\_\_\_  Σύνολο ημερών που έχει κάνει χρήση ο/η σύζυγος στη υπηρεσία του :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_) ημερ\_\_\_\_\_  **Θέμα: «Χορήγηση ειδικής άδειας νοσήματος»**  Ιωάννινα: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ /201\_\_ | **Προς: Διεύθυνση Δ.Ε. Ιωαννίνων**  **(Δια του Δ/ντή ή Δ/ντριας του Σχολείου:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**  Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε ειδική  **Νοσήματος** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  ημερ \_\_\_\_\_\_ από \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  μέχρι και \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Συνοδευτικά υποβάλλω:**  □ Γνωμάτευση Α/θμιας Υγειονομικής Επιτροπής  □ Προσδιορισμός του χρονικού διαστήματος για το οποίο απαιτείται η νοσηλεία αυτή  □ Υπεύθυνη δήλωση του/της δικαιούχου (σε περίπτωση πάθησης τέκνου)  □ Κοινή υπεύθυνη δήλωση των δικαιούχων (σε περίπτωση πάθησης τέκνου)  **Θα υποβάλλω**:  □ Βεβαίωση νοσηλείας  **Ο/Η Ατών/ούσα**  (Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή)    **Ο/Η Διευθυντής/ντρια**  (Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή) |

Οι εκπ/κοί που πάσχουν οι ίδιοι ή έχουν σύζυγο ή τέκνο που πάσχει από νόσημα, το οποίο απαιτεί τακτικές μεταγγίσεις αίματος ή χρήζει περιοδικής νοσηλείας, δικαιούνται ειδική με αποδοχές έως είκοσι δύο **(22 ) εργάσιμες ημέρες το χρόνο.**