|  |  |
| --- | --- |
| **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.