|  |  |
| --- | --- |
| **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 νοητικής στέρησης ή συνδρόμου Down »**  Ιωάννινα: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ 201\_\_ | **Προς: Διεύθυνση Δ.Ε. Ιωαννίνων**  **(Δια του Δ/ντή ή Δ/ντριας του Σχολείου:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**  Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε ειδική  **άδεια νοητικής στέρησης ή συνδρόμου Down** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) ημερ \_\_\_\_\_\_ από  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_μέχρι και \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Συνοδευτικά υποβάλλω:**  □ Γνωμάτευση δημοσίου Ιατροπαιδαγωγικού κέντρου  ή Παιδοψυχιατρικού τμήματος δημοσίου νοσοκομείου  □ Υπεύθυνη δήλωση του/της δικαιούχου  □ Κοινή υπεύθυνη δήλωση των δικαιούχων  **Ο/Η Ατών/ούσα**  (Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή)    **Ο/Η Διευθυντής/ντρια**  (Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή) |

Χορηγείται σε εκπ/κούς **άδεια (22) εργάσιμων ημερώ**ν οι οποίοι έχουν τέκνα που πάσχουν από βαριά νοητική στέρηση ή σύνδρομο Down,ανεξαρτήτως του εάν χρήζουν ή όχι περιοδικής νοσηλείας.