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