

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΚΛΑΔΟΣ:

ΣΧΟΛΕΙΟ/Α ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:

.....

.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚ/ΝΙΑΣ:

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

.....

Email:

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση ειδικής άδειας νοσήματος για τέκνο ή συγγενικό πρόσωπο με βαριά νοητική στέρηση ή σύνδρομο Down ή Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή (Δ.Α.Δ.)»

....., __/__/__

ΠΡΟΣ: τη Δ/νση του 3^{ου} Δημοτικού Σχολείου
Πύργου Ηλείας

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **ειδική άδεια νοσήματος για τέκνο ή συγγενικό πρόσωπο** που πάσχει από βαριά νοητική στέρηση ή σύνδρομο Down ή Δ.Α.Δ., διάρκειας (.....) ημερ..... από/...../..... έως και/...../..... .

Επισυνάπτω:

- γνωμάτευση από δημόσιο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο ή παιδοψυχιατρικό τμήμα δημοσίου νοσοκομείου
- χορηγηθέν δημόσιο έγγραφο (π.χ. φορολογική δήλωση ή πιστοποιητικό ΚΕΠΑ) ως δικαιολογητικό ότι το **ενήλικο τέκνο** δεν εργάζεται και είναι ανίκανο προς εργασία λόγω της παθήσεως αυτής
- υπεύθυνη δήλωση όπου καθορίζεται ποιος από τους δύο δικαιούχους θα κάνει χρήση της άδειας και για πόσο χρονικό διάστημα καθώς και πόσες ημέρες της δικαιούμενης από κοινού άδειας έχει κάνει ήδη χρήση ο άλλος συνδικαιούχος στην υπηρεσία, όπου εργάζεται

(σχολείο)

Αριθμ Πρωτ.:/ ____ - ____ - ____

Διαβιβάζεται στη Δ/νση Π.Ε. Ηλείας

Ο/Η Δ/ντ /Προϊσταμεν

.....

Ο Αιτών /Η Αιτούσα

.....



Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Πρόγραμμα Ανθρώπινο Δυναμικό και Κοινωνική Συνοχή

