|  |  |
| --- | --- |
| **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 **αναρρωτικής** άδειας που χορηγήθηκαν κατά το τρέχον ημερολογιακό έτος **:**  Υπεύθυνη Δήλωση :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_) ημερ \_\_\_  Ιατρική Γνωμάτευση :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_) ημερ\_\_\_\_  **Θέμα: «Χορήγηση αναρρωτικής άδειας»**  \_\_\_\_ / \_\_\_ 201 | **Προς: Δ/ντή ή Δ/ντρια του Σχολείου:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε αναρρωτική άδεια  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ημερ και συγκεκριμένα  από \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ μέχρι και \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **διότι: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Συνοδευτικά υποβάλλω:**   * Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 Ν.1599/1986 εκπ/κού για ασθένεια (1) * Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού (2)   **Ο/Η Ατών/ούσα**  (Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή) |

(1) Με υπεύθυνη δήλωση ασθένειας ο εκπ/κός δικαιούταιμέχρι μία 1/ημέρα (συνολικά 2 ημέρες άδειας) κατά ημερολογιακό έτος.

(2) Με γνωμάτευση θεράποντα ιατρού ο εκπ/κός δικαιούται μέχρι οκτώ 8/ήμερες (συνολικά 8 ημέρες άδειας) κατά ημερολογιακό έτος.

Το σύνολο των βραχυχρόνιων αναρρωτικών αδειών των περιπτώσεων 1, και 2 που χορηγούνται χωρίς γνωμάτευση υγειονομικής επιτροπής δεν υπερβαίνει αθροιστικά τις **οκτώ (08) ημέρες** κατά ημερολογιακό έτος.

Σε περίπτωση βραχυχρόνιας αναρρωτικής άδειας πέρα των οκτώ (08) ημερών ο υπάλληλος παραπέμπεται υποχρεωτικά για εξέταση στην οικεία υγειονομική επιτροπή με εξαίρεση την περίπτωση που η άδεια χορηγείται βάσει γνωμάτευσης του διευθυντή κλινικής δημόσιου νοσοκομείου και εφόσον πρόκειται για νοσηλεία επτά (07) ημερών τουλάχιστον ή κατόπιν χειρουργικής επέμβασης. Στις ίδιες περιπτώσεις δεν επιτρέπεται η χορήγηση αναρρωτικής άδειας με υπεύθυνη δήλωση του υπαλ­λήλου.

**Η αίτηση για αναρρωτική άδεια υποβάλλεται εντός επτά (7) ημερών από την απουσία του υπαλλήλου λόγω ασθενείας.**