|  |  |
| --- | --- |
| **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 »**  \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ 201\_\_ |  **Προς: Δ/ντή ή Δ/ντρια 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) |

 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.