

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ: τη Δ/νση του ...Δ.Σ/...Νηπ/γείου

.....

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΚΛΑΔΟΣ:

ΣΧΟΛΕΙΟ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:.....

.....

ΠΟΛΗ:.....

Τ.Κ.:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας νοσήματος
ιδίου/συζύγου /τέκνου»**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **ειδική άδεια νοσήματος** (.....) ημερών από//..... έως και/...../....., σύμφωνα με το άρ. 21 του Π.Δ. 410/88, που αναφέρεται στην υπ' αρ. Φ.351.5/ 43/ 67822/ Δ1/ 05-05-2014 εγκύκλιο Υπ.Π.Ε.Θ. όπως τροποποιήθηκε με την παρ.7 άρθρ.47 του Ν.4674/2020

Απαραίτητα δικαιολογητικά που υποβάλλονται συνημμένα:

- Γνωμάτευση που πιστοποιείται η πάθηση
- Προσδιορισμός χρονικού διαστήματος νοσηλείας.
- Υπεύθυνη δήλωση χρήσης άδειας
- Γνωμάτευση από δημόσιο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο στην οποία θα δηλώνεται το σύνδρομο down ή η Δ.Α.Δ

Γρεβενά: __/__/____

Ο αιτών/ Η αιτούσα

Παρατήρηση: Η ειδική άδεια των 22 ημερών χορηγείται και σε υπαλλήλους που έχουν τέκνα που πάσχουν από βαριά νοητική στέρηση ή σύνδρομο Down ή Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή (Δ.Α.Δ)εφόσον αυτά είναι ανήλικα ή ενήλικα που δεν εργάζονται λόγω των παθήσεων αυτών.



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Επιτελική
Δομή ΕΣΠΑ
Υ.ΠΑΙ.Θ.Α.

Περιφερειακό Πρόγραμμα
«Δυτική Μακεδονία»

Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο+ (ΕΚΤ+)