**ΑΙΤΗΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ: **………………………………………**

ΟΝΟΜΑ: **………………………………………….**

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: **………………………………….**

ΚΛΑΔΟΣ: **………………………………………….**

ΣΧΟΛΕΙΟ: **………………………………………..**

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ**:……………………….… ……………………………………………………….**

ΠΟΛΗ:**………………………………………….…**

Τ.Κ.**:……………………………………….……….**

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: **……………………………………**

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

Γρεβενά: \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_

ΠΡΟΣ: τη Δ/νση του …Δ.Σ/…Νηπ/γείου

…………………………

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 □

Ο αιτών/ Η αιτούσα