

ΑΙΤΗΣΗ

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

ΕΠΩΝΥΜΟ:

.....

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΚΛΑΔΟΣ:

ΣΧΟΛΕΙΟ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:.....

.....

ΠΟΛΗ:.....

Τ.Κ.:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **ειδική άδεια αναπηρίας** με αποδοχές (.....) ημερών από/...../..... έως και/...../....., σύμφωνα με το άρ. 89 του Π.Δ. 410/1998, όπως αναφέρεται στην υπ' αρ. Φ.351.5/ 43/ 67822/ Δ1/ 05-05-2014 εγκύκλιο Υπ.Π.Ε.Θ.

Απαραίτητα δικαιολογητικά που υποβάλλονται συνημμένα:

- Πιστοποιητικό από Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας(ΚΕ.Π.Α), όπου αναγράφεται το ποσοστό αναπηρίας και το χρονικό διάστημα που ισχύει το πιστοποιητικό



ΘΕΜΑ: «Χορήγηση ειδικής άδειας αναπηρίας»

Γρεβενά: __/__/____

Ο αιτών/ Η αιτούσα

Παρατήρηση: Επισημαίνεται ότι οι αναπληρωτές εκπαιδευτικοί με ποσοστό αναπηρίας πενήντα τοις εκατό (50%) και άνω δικαιούνται άδεια έως έξι (06) εργάσιμες ημέρες το χρόνο.



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Περιφερειακό Πρόγραμμα
«Δυτική Μακεδονία»
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο+ (ΕΚΤ+)