

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 θανάτου** με αποδοχές (.....) ημερών από/...../..... έως και/...../....., σύμφωνα με την υπ' αρ. Φ.351.5/43/67822/Δ1/05-05-2014 εγκύκλιο Υπ.Π.Ε.Θ.

Βεβαιώνω ότι θα προσκομίσω ληξιαρχική πράξη θανάτου ή, αν από αυτή δεν προκύπτει ο βαθμός συγγένειας, θα συνυποβάλω και υπεύθυνη δήλωση.

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση ειδικής άδειας θανάτου»

Ο αιτών/ Η αιτούσα

Γρεβενά: __/__/____

Παρατήρηση: Οι αναπληρωτές εκπαιδευτικοί δικαιούνται ειδική άδεια θανάτου συζύγου τους ή συγγενούς έως και β' βαθμού δύο (02) εργάσιμων ημερών, συνεχόμενα με το γεγονός. Συγγενείς έως και β' βαθμού θεωρούνται οι γονείς, τα τέκνα, τα αδέρφια, τα εγγόνια και οι πάπποι, τόσο εξ αίματος όσο και εξ αγχιστείας.



Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης



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