

ΠΡΟΣ
Διευθυντή/ντρια του 3^{ου} Γ/σίου Γιαννιτσών

ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο:.....

Όνομα:

Πατρώνυμο:.....

Κλάδος:

Αρ. Μητρώου ή ΑΦΜ:

Σχολείο Οργανικής:

.....

Σχολείο Υπηρετήσης: **3^ο Γ/σιο Γιαννιτσών**

Δ/ση κατοικίας:

Οδός:Αριθμός:

ΤΚ:Πόλη:

Σταθερό Τηλ.:

Κινητό Τηλ.:

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **ειδική άδεια αναπηρίας¹** (.....)
εργάσιμ..... ημερ..... από/...../.....
μέχρι και/...../.....

Συνημμένα υποβάλλω Πιστοποιητικό από Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.)²

..... **ΑΙΤ**.....

(Υπογραφή)

ΘΕΜΑ: Ειδική άδεια αναπηρίας

Ημερομηνία:,/...../20.....

¹ Εκπαιδευτικοί με ποσοστό αναπηρίας πενήντα τοις εκατό (50%) και άνω δικαιούνται κάθε ημερολογιακό έτος άδεια με αποδοχές έξι (06) εργάσιμων ημερών επιπλέον της κανονικής τους άδειας.

² Στο οποίο αναγράφεται το ποσοστό αναπηρίας και το χρονικό διάστημα για το οποίο ισχύει το πιστοποιητικό.