

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΕΛΛΑΣ

(μέσω του/της Διευθυντή/Διευθύντριας του σχολείου)

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 γονική άδεια νοσηλείας τέκνου¹ χωρίς αποδοχές** (.....) εργάσιμ..... ημερ..... από/...../..... μέχρι και/...../..... διότι

.....

.....

.....

.....

Συνημμένα υποβάλλω:

(σημειώστε Χ στα τετραγωνίδια που σας αφορούν)

Γνωμάτευση πρωτοβάθμιας υγειονομικής

επιτροπής²

..... **ΑΙΤ**.....

(Υπογραφή)

ΘΕΜΑ: **Ειδική γονική άδεια λόγω νοσηλείας τέκνου**

Ημερομηνία:,/...../20.....

¹ Στον εκπαιδευτικό, φυσικό ή θετό ή ανάδοχο γονέα παιδιού ηλικίας έως και 18 ετών συμπληρωμένων, το οποίο χρήζει νοσηλείας λόγω ασθένειας ή ατυχήματος που καθιστά αναγκαία την άμεση παρουσία του εργαζομένου, χορηγείται άδεια χωρίς αποδοχές για όσο διάστημα διαρκεί η νοσηλεία και όχι πέραν των τριάντα (30) εργάσιμων ημερών ανά έτος, εφόσον ο γονέας εκπαιδευτικός έχει εξαντλήσει την τετράμηνη άδεια ανατροφής χωρίς αποδοχές, σε περίπτωση που τη δικαιούται.

Η ανωτέρω άδεια αποτελεί ατομικό δικαίωμα του κάθε γονέα, χορηγείται, χωρίς άλλη προϋπόθεση, πέραν των σχετικών διευκολύνσεων που παρέχονται από άλλες διατάξεις στους εργαζόμενους γονείς για οικογενειακούς λόγους και αφού εξαντληθούν συναφή δικαιώματα με αποδοχές.

² Με την οποία πιστοποιείται αιτιολογημένα η πάθηση και ο χρόνος νοσηλείας.