

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 νοσήματος¹** (.....)
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 νοσήματος τέκνου**

Ημερομηνία:,/...../20.....

¹ Στον εκπαιδευτικό, φυσικό ή θετό γονέα παιδιού ηλικίας έως και 18 ετών συμπληρωμένων, το οποίο πάσχει από νόσημα που απαιτεί μεταγίσεις αίματος και παραγώγων του ή αιμοκάθαρση, από νεοπλασματική ασθένεια, ή χρήζει μεταμόσχευσης, χορηγείται επιπλέον των είκοσι δύο (22) εργάσιμων ημερών της ειδικής άδειας νοσήματος, ειδική γονική άδεια διάρκειας δέκα (10) εργάσιμων ημερών κατά ημερολογιακό έτος, με αποδοχές, κατά απόλυτη προτεραιότητα.

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.