|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1  **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  **ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ**  **-----------------------**  **ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ Π. & Δ. ΕΚΠ/ΣΗΣ ΗΠΕΙΡΟΥ**  ----------------------  **Δ/ΝΣΗ Α/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**  ----------------------  **Δ.Σ. ή Ν/Γ ……………………………………** | | **…………………., …... / ……. /202 ...**  **Αρ. Πρωτ.: ……………** |
| Δ/νση:  Ταχ. Θυρίδα:  Ταχ. Κώδ.:  Πληροφορίες:  Τηλέφωνο:  e-mail: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ΘΕΜΑ: | «Χορήγηση άδειας νοσήματος σε εκπαιδευτικό» |
| ΑΠΟΦΑΣΗ | |
| Ο Διευθυντής/ντρια ή Προϊστάμενος/η του Δημοτικού Σχολείου ή Νηπιαγωγείου …………..… | |

## Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

**α.** Της παρ. 2 του άρθρου 50 του ν. 3528/2007 (Α΄26) «Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.» όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.

**β.** Της με αριθμ. Φ.353.1/324/105657/Δ1/8-10-2002 Υ.Α. «Καθορισμός των ειδικότερων καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των προϊσταμένων των περιφερειακών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, των διευθυντών και υποδιευθυντών των σχολικών μονάδων και ΣΕΚ και των συλλόγων των διδασκόντων» (Β΄1340), όπως τροποποιήθηκε συμπληρώθηκε και ισχύει έως και την έκδοση της με αριθμ. 170405/ΓΓ1/28-12-2021 Υ.Α. «Καθορισμός των ειδικότερων καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των Διευθυντών Εκπαίδευσης» (Β΄6273)

**γ.** Της με αριθ. Φ.351.1/5/43/67822/Δ1/5-5-2014 (ΑΔΑ: ΒΙΦΓ7-4ΘΑ) εγκυκλίου του Υ.ΠΑΙ.Θ. με θέμα «Άδειες Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης»

**δ.** Της με αριθμ. ΔΙΔΑΔ/Φ.69/117/οικ.11102/28-05-2020 εγκύκλιο του Υπουργείου Εσωτερικών «Ν.4674/2020 – Ρυθμίσεις θεμάτων αδειών δημοσίων υπαλλήλων»

1. Την με αριθμ. ……………… βεβαίωση της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής.
2. Την από ………………… αίτηση του/της ενδιαφερόμενου/ης εκπαιδευτικού.

**Αποφασίζουμε**

Χορηγούμε *στον/στην* …………………………………….…… του ………………….……. , εκπαιδευτικό κλάδου ΠΕ ....... , που υπηρετεί *οργανικά ή με απόσπαση ή με προσωρινή τοποθέτηση\** στο ……. *Δημοτικό Σχολείο ή Νηπιαγωγείο* …………….. , άδεια νοσήματος με αποδοχές …… (…) ημερών από …..-….-202… έως και ….-….-202… .

*\*επιλέγετε κατά περίπτωση*

|  |  |
| --- | --- |
| **ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**   1. Ενδιαφερόμενο/η εκπ/κό 2. Π. Μ. ενδιαφερόμενου/ης   (στη Διεύθυνση οργανικής θέσης του/της εκπαιδευτικού)\*   1. Δ/νση Α/θμιας Εκπ/σης Ιωαννίνων 2. Δ.Σ …………….. (Σχολείο Συμπλήρωσης Ωραρίου)\* 3. Αρχείο μας | O ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΝΤΡΙΑ ή ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ/Η ΤΟΥ ΔΣ ή Ν/Γ ………….  *Σφραγίδα/Υπογραφή/Ονοματεπώνυμο* |