**Α Ι Τ Η Σ Η**

|  |
| --- |
| Επώνυμο: |
| Όνομα: |
| Πατρώνυμο: |
| Κλάδος: |
| Ειδικότητα: |
| ΔΔΕ Οργανικής: |
| Σχολείο Οργανικής: |
| Σχολείο Κύριας τοποθέτησης: |
| Σχολείο Διάθεσης: |
| Σχέση εργασίας:  Μόνιμος  [Μαγνητίστε την προσοχή του αναγνώστη σας με μια εξαιρετική παράθεση από το έγγραφο ή χρησιμοποιήστε αυτόν το χώρο για να δώσετε έμφαση σε ένα κύριο σημείο. Για να τοποθετήσετε αυτό το πλαίσιο κειμένου οπουδήποτε στη σελίδα, απλώς σύρετέ το.] |
| Διεύθυνση Κατοικίας: |
| ΤΚ Πόλη: |
| Mail: |
| Κινητό τηλ: |
| Σταθερό τηλ: |

Ο/Η Αιτών/ούσα

# ΘΕΜΑ: «Χορήγηση ειδικής άδειας

# αναπηρίας»

Ημερομηνία: ……/……../20…..

# ΠΡΟΣ

**………………………….**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **ειδική άδεια αναπηρίας,** διάρκειας ……………… (……) ημερών, από .….../….../202…. έως και ….…/…..…/202….

Δηλώνω υπεύθυνα ότι από το το έτος 20…… έχω κάνει χρήση …………………… (…….) ημερών της ειδικής άδειας αναπηρίας.

**Επισυναπτόμενα αρχεία:**

. Βεβαίωση αναπηρίας ΚΕΠΑ

Εκπαιδευτικοί με ποσοστό αναπηρίας πενήντα τοις εκατό (50%) και άνω δικαιούνται κάθε ημερολογιακό έτος άδεια με αποδοχές ΄έξι (6) εργάσιμων ημερών επιπλέον της κανονικής άδειας. Για τη χορήγηση της άδειας απαιτείται πιστοποιητικό από τα Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.) όπου θα αναγράφεται το ποσοστό αναπηρίας και το χρονικό διάστημα για το οποίο ισχύει το πιστοποιητικό. Στους αναπληρωτές εκπαιδευτικούς η ανωτέρω άδεια χορηγείται σε αναλογία με τη σύμβαση.