**Α Ι Τ Η Σ Η**

|  |
| --- |
| Επώνυμο: |
| Όνομα: |
| Πατρώνυμο: |
| Κλάδος: |
| Ειδικότητα: |
| Σχολείο Οργανικής: |
| ΔΔΕ 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.]  Αναπληρωτής  [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

# ΠΡΟΣ

**ΔΔΕ Φλώρινας**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια απουσίας λόγω ασθένειας ανήλικου τέκνου μου,** σύμφωνα με την ιατρική γνωμάτευση που επισυνάπτω,διάρκειας …………..…… (….…) ημερών, από ……./….…./……..…. έως και ……./……./…..……..

Το σύνολο των ημερών της άδειας απουσίας λόγω ασθένειας ανήλικου τέκνου που έχω κάνει χρήση, για το έτος 20….., είναι ..…… ημέρες.

Επισυναπτόμενα έγγραφα:

1. Ιατρική γνωμάτευση Νοσοκομείου/θεράποντος ιατρού
2. Βεβαίωση οικογενειακής κατάστασης (μόνο σε περίπτωση που δεν υπάρχει στο σχολείο

# ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας απουσίας λόγω ασθένειας τέκνου»

Ημερομηνία : …………………, ……../….…./20….…

Συνηγορούμε για την έκδοση της άδειας

Ο/Η Διευθυντής/ρια

*Σύμφωνα με το Άρθρο 53 του Ν.3528/2007 για κάθε ημερολογιακό έτος προβλέπεται άδεια τεσσάρων (4) ημερών για τους υπαλλήλους με ανήλικα τέκνα, άδεια επτά (7) ημερών για τους τρίτεκνους, δέκα (10) ημερών για πολύτεκνους υπαλλήλους και άδεια οκτώ (8) ημερών για τους υπαλλήλους που είναι μονογονείς. Για τους απασχολούμενους ΙΔΟΧ . Οι ως άνω ημέρες, χορηγούνται σε αναλογία με βάση τη διάρκεια της σύμβασης των υπαλλήλων*