|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥΠΕΡ/ΚΗ Δ/ΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ & ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΑΧΑΪΑΣ** |  | Πάτρα, **Αρ. πρωτ.:**  |
|  |
|  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Πληροφορίες  | :  |
| Ταχ. Δ/νση | :  |
| Τηλ. | :  |
| E-mail | :  |

 |
|  | **ΑΠΟΦΑΣΗ** |
| **ΘΕΜΑ:** | **«Χορήγηση ειδικής άδειας απουσίας …..ημερών** **για εφαρμογή μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής».** |

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ.8 του άρθρου 50 του Ν. 3528/2007 με θέμα «Χορήγηση ειδικής άδειας», όπως συμπληρώθηκε με το άρθρο 19 του Ν. 4604/2019 (ΦΕΚ 50/τ.Α/26-3-2019).
2. Την Φ.351.5/43/67822/Δ1/05-05-2014 εγκύκλιο του ΥΠΑΙΘ που αφορά τη χορήγηση αδειών στο διδακτικό προσωπικό της εκπ/σης (ΑΔΑ: ΒΙΦΓ9-4ΘΑ).
3. Τη με αριθμ. Φ.353.1/324/105657/Δ1 υπουργική απόφαση, που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 1340 τ.Β/16-10-2002 με θέμα «Καθορισμός των ειδικότερων καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των Προϊσταμένων των περιφερειακών υπηρεσιών Πρωτ/θμιας και Δευτ/θμιας Εκπ/σης, των Δ/ντών και Υποδ/ντών των Σχολικών Μονάδων και των ΣΕΚ και των συλλόγων διδασκόντων, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με την αριθμ. Φ.353.1/26/153324/Δ1/25-9-2014Υ.Α.(ΦΕΚ αρ.2648 τ.Β΄/7-10-2014)».
4. Την από ………. αίτηση της …………………………………….για χορήγηση της ως άνω άδειας, που συνοδεύεται από την σχετική ιατρική γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού και του Δ/ντή Μονάδας ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και αναφέρει ότι έχει ανάγκη ειδικής άδειας …………. ημερών.

**Α π ο φ α σ ί ζ ο υ μ ε**

Χορηγούμε στην **……………………………** εκπαιδευτικό κλάδου …………, που υπηρετεί στο ……….Δημοτικό Σχολείο…., **ειδική άδεια απουσίας ……. ημερών** για την εφαρμογή μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγήςμε πλήρεις αποδοχές **από………… έως και……………… .**

 **Ο/Η Δ/ντής/ντρια-Προϊστάμενος/νη**

 **Σχολικής Μονάδας**

 **(Ονοματεπώνυμο-Υπογραφή)**