****

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ & ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ Π. & Δ. ΕΚΠ/ΣΗΣ

ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΟΣ

Δ/ΝΣΗ Α/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΑΧΑΪΑΣ

**ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ/Δ.ΣΧ.ΣΧΟΛΕΙΟ**

**Πάτρα,**

**Αριθ. Πρωτ. :**

**….. /…./20..**

 **Αρ. Πρωτ.**

**Ταχ. Δ/νση :** ……………………………………………………..

**Ταχ. Κωδ. :** ……………………………………………………..

**Πληροφορίες :** ……………………………………………………..

**Τηλ. :** ……………………………………………………..

**E – mail** :………………………………………………………

**Θ Ε Μ Α : « Χορήγηση απαλλαγής από την εργασία σε αναπληρώτρια εκπαιδευτικό λόγω υποβολής σε εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου»**

**ΑΠΟΦΑΣΗ**

Έχοντας υπόψη :

1. Τις διατάξεις του άρθρου τουΠ. Δ. 176/1997(ΦΕΚ 150/Α/15-7-1997).
2. Την υπ΄ αριθμ. Φ.353.1/324/105657/Δ1/08-10-2002 Υ.Α. του ΥΠΕΠΘ με θέμα «Καθορισμός των ειδικότερων καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των προϊσταμένων των περιφερειακών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης κλπ.» (ΦΕΚ 1340/τ.Β/16-10-2002), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει σύμφωνα με την υπ΄ αριθμ. Φ.353.1/26/153324/Δ1/25-9-2014 Υ.Α. του ΥΠΑΙΘ.
3. Τη Φ.353.1/324/105657/Δ1/8-10-2002 υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 1340/16-10-2002τ.Β΄)
4. Την από …………………... αίτηση της κας…………………………………………….
5. Την από ……………………………………………ιατρική βεβαίωση

**Α π ο φ α σ ί ζ ο υ μ ε**

Χορηγούμε στην κα……………. **αναπληρώτρια εκπαιδευτικό ΠΕ**, που υπηρετεί στο…………, απαλλαγή από την εργασία της με πλήρης αποδοχές για τις………………………………. λόγω υποβολής της σε εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου κατά τη διάρκεια του χρόνου εργασίας της .

 **Ο/Η Δ/ντής/ντρια-Προϊστάμενος/νη**

 **Σχολικής Μονάδας**

 **(Ονοματεπώνυμο-Υπογραφή)**

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ**

1. Ενδιαφερόμενη εκπ/κό
2. ΠΜ