|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ  ΠΕΡ/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)**