****

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**

**….. /…./20..**

 **Αρ. Πρωτ.**

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

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

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

**Τηλ. :** ……………………………………………………..

**E – mail** :………………………………………………………

**Θέμα: « Χορήγηση αιμοδοτικής άδειας σε αναπληρωτή/τρια εκπαιδευτικό»**

**Α Π Ο Φ Α Σ Η**

Έχοντας υπόψη :

1. Τη με αριθμ. πρωτ.: ΔΙΔΑΔ/Φ.53/214/16897,2784/16-11-1994 εγκύκλιο του ΥΠ.ΕΣ.Δ.Δ.Α.
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 του/της αναπληρωτή/τριας κ………………. ……………………………………..........

που υπηρετεί στο…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Την από …/…/… βεβαίωση αιμοδοσίας……………

**α π ο φ α σ ί ζ ο υ μ ε**

Χορηγούμε στον/την αναπληρωτή/τρια εκπ/κό ………………………………………………………………………………………..,κλάδου

ΠΕ… ειδική άδεια αιμοδοσίας, (……) ημερών, από…… /…../20….. έως ……./…../20……

 **Ο/Η Δ/ντής/ντρια-Προϊστάμενος/νη**

 **Σχολικής Μονάδας**

 **(Ονοματεπώνυμο-Υπογραφή)**

 **ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ**

1.Ενδιαφερόμενο/η εκπ/κό

2. ΠΜ