|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ  ΠΕΡ/ΚΗ Δ/ΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ & ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ  **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΑΧΑΪΑΣ**  **1. Επιλογή αριθμού σχολείου ή του κενού. 2. Επιλογή τύπου σχολείου 3. Επιλογή τοποθεσίας σχολείου** | |  | Πάτρα, Επιλογή ημερομηνίας  **Αρ. πρωτ.:** Εισαγωγή αριθμού | |
|  | |
|  |  |
| |  |  | | --- | --- | | Πληροφορίες | : | | Ταχ. Δ/νση | : | | Τηλ. | : | | E-mail | : | | |
|  | **ΑΠΟΦΑΣΗ** |
| **ΘΕΜΑ:** | **«Χορήγηση ειδικής άδειας απουσίας Επιλογή αριθμού 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 Επιλογή ημερομηνίας αίτηση της Εισαγωγή Ονοματεπωνύμουγια 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 Επιλογή αριθμού ημερών.

**Α π ο φ α σ ί ζ ο υ μ ε**

Χορηγούμε στην **Εισαγωγή Ονοματεπωνύμου** (Α.Μ. Εισαγωγή αριθμού Μητρώου) εκπαιδευτικό κλάδου Επιλογή κλάδου, που υπηρετεί στο 1. Επιλογή αριθμού σχολείου ή του κενού. 2. Επιλογή τύπου σχολείου 3. Επιλογή τοποθεσίας σχολείου, **ειδική άδεια απουσίας Επιλογή αριθμού ημερών** για την εφαρμογή μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγήςμε πλήρεις αποδοχές **από Επιλογή ημερομηνίας έως και Επιλογή ημερομηνίας.**

Επιλογή ιδιότητας υπογράφοντος

Εισαγωγή Ονοματεπωνύμου



**ΚΟΙΝ:** Σε όλα τα παρακάτω πεδία εισγαγωγής γράφουμε το ζητούμενο ανάλογα με τον τύπο υπηρέτησης του/της αιτούμενου-ης. Αφού διαβάσουμε το παρόν μήνυμα, κάνουμε αριστερό κλικ με το ποντίκι στο παρόν πεδίο και στην συνέχεια πατάμε στο πληκτρολόγιο «backspace», έτσι ώστε το πεδίο να διαγραφεί και να μην φαίνεται στην εκτύπωση.

1. Εισάγετε την ΔΙΠΕ στην οποία ανήκει οργανικά ο/η αιτούμενος/η π.χ. ΔΙΠΕ Αχαΐας
2. Αν ο/η αιτούμενος/η είναι αποσπασμένος/η ή με ολική διάθεση από άλλο σχολείο ΕΝΤΟΣ ΔΙΠΕ Αχαΐας εισάγετε στο παρόν πεδίο (κάνετε απλά αριστερό κλικ με το ποντίκι επάνω του και γράφετε) το σχολείο οργανικής του/της π.χ. 28ο Δ.Σ. ΠΑΤΡΩΝ. Αν ανήκει οργανικά στην σχολική σας μονάδα τότε δεν γράφετε κάτι αλλά μετά το αριστερό κλικ με το ποντίκι πάνω στο παρόν πεδίο πατάτε στο πληκτρολόγιο 6 φορές το backspace, έτσι ώστε ο κέρσορας να ανέβει στην προηγούμενη γραμμή.
3. Αν ο/η αιτούμενος/η διατίθεται και σε άλλο ή άλλα σχολείο-α για συμπλήρωση ωραρίου, τότε εισάγουμε στο παρόν πεδίο τα σχολεία αυτά π.χ. 38ο Δ.Σ. ΠΑΤΡΩΝ ή 38ο, 44ο Δ.Σ. ΠΑΤΡΩΝ αντίστοιχα. Αν δεν διατίθεται σε κάποιο άλλο σχολείο τότε δεν γράφετε κάτι αλλά μετά το αριστερό κλικ με το ποντίκι πάνω στο παρόν πεδίο πατάτε στο πληκτρολόγιο 6 φορές το backspace, έτσι ώστε ο κέρσορας να ανέβει στην προηγούμενη γραμμή.