|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΣΠΑΣΗΣ ΜΕΛΩΝ Ε.Ε.Π-Ε.Β.Π ΕΝΤΟΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ (2021-2022)** | | |
| Ονοματεπώνυμο Εκπ/κού: | |  |
| Πατρώνυμο: | |  |
| Κλάδος: | |  |
| A.M.: | |  |
| Οργανική θέση: | |  |
| Συνολική υπηρεσία: (Έως 31/08/2021) | | Έτη Μήνες Ημέρες |
| Επάρκεια στην Ελληνική Νοηματική Γλώσσα (ΕΝΓ) (ναι/όχι) | |  |
| Επάρκεια στην Ελληνική Γραφή Braille (ΕΓΒ) (ναι/όχι) | |  |
| **Οικογενειακή Κατάσταση** | | |
| Άγαμος-η/Έγγαμος-η/Χήρος-α/Διαζευγμένος-η | |  |
| Παιδιά | |  |
| **Εντοπιότητα** | | |
| Δήμος της Περιφερειακής Ενότητας Αχαΐας που έχω εντοπιότητα | |  |
| **Συνυπηρέτηση** | | |
| Δήμος της Περιφερειακής Ενότητας Αχαΐας που έχω συνυπηρέτηση | |  |
|  | | |
| Ειδική Κατηγορία (κατά προτεραιότητα) (ναι/όχι) | |  |
| Επιθυμώ να υπαχθώ σε ειδική κατηγορία αποσπάσεων (ναι/όχι) | |  |
| **Σοβαροί λόγοι υγείας** | | |
| Ποσοστό αναπηρίας του ιδίου, παιδιών ή συζύγου | |  |
| Ποσοστό αναπηρίας Γονέων | |  |
| Δήμος Εντοπ. Γονέων | |  |
| Ποσοστό αναπηρίας Αδελφών με απόφαση επιμέλειας | |  |
| Δήμος Εντοπ. Αδελφών | |  |
| Θεραπεία για εξωσωματική γονιμοποίηση (ναι/όχι) | |  |
| **Λόγοι Σπουδών** | | |
| Φοίτηση σε Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα ή άλλο τίτλο ΑΕΙ-ΤΕΙ (ναι/όχι) | |  |
| Δήμος Περιοχής Σπουδών | |  |
| Δηλώνω υπεύθυνα ότι δεν έχω οριστεί στέλεχος εκπαίδευσης (λ.χ. προϊστάμενος/μένη ολιγοθέσιας σχολικής μονάδας, διευθυντής/ντρια σχολ. μονάδας) και ότι δεν υπηρετώ σε θέση με θητεία που λήγει μετά τις 31-08-2021. | |  |
| **ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ** | | |
| Υποβάλλω συνημμένα: | |  |
| 1 | | 6 |
| 2 | | 7 |
| 3 | | 8 |
| 4 | | 9 |
| 5 | | 10 |
| **ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ** | | |
| 1 | | 11 |
| 2 | | 12 |
| 3 | | 13 |
| 4 | | 14 |
| 5 | | 15 |
| 6 | | 16 |
| 7 | | 17 |
| 8 | | 18 |
| 9 | | 19 |
| 10 | | 20 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Πάτρα / /2021 | ο/η Αιτών/ούσα |
|  |  |  |
|  |  |  |