|  |
| --- |
| **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 |
|  |  |  |
|  |  |  |