**Α Ι Τ Η Σ Η**

**ΘΕΜΑ: Χορήγηση ειδικής άδειας**

**Αρ. Μητρώου υπαλλήλου: …………………………………**

**Επώνυμο: ……………………..………………………………**

**Όνομα:………………………………………………………….**

**Πατρώνυμο: …………………………………………………..**

**Σχέση Εργασίας: ΜΟΝΙΜΟΣ**

**Κλάδος: ...................…………………………………………**

**Υπηρεσία: …………………………………………………….**

**Τηλ.: …………………………………………………………...**

**Email: …….…………………………………………………….**

**Συνημμένα Δικαιολογητικά:** *(επιλέγονται κατά περίπτωση)*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Γνωμάτευση υγειονομικής επιτροπής
 |  |
| 1. Γνωμάτευση από δημόσιο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο ή παιδοψυχιατρικό τμήμα δημόσιου νοσοκομείου
 |  |
| 1. Πιστοποιητικό ΚΕ.Π.Α., από το οποίο προκύπτει ότι το τέκνο δεν εργάζεται και είναι ανίκανο προς εργασία λόγω της παθήσεως αυτής
 |  |
| 1. Υπεύθυνη δήλωση κατανομής χρήσης των 32 ημερών εφόσον για το ίδιο πάσχον πρόσωπο δικαιούχοι της άδειας είναι περισσότεροι του ενός υπάλληλοι
 |  |
| 1. Απόφαση δικαστηρίου για δικαστική συμπαράσταση
 |  |
| 1. Πιστοποιητικό τελεσίδικης δικαστικής απόφασης
 |  |
| 1. Υπεύθυνη δήλωση ότι η φροντίδα του συμπαραστατούμενου προσώπου δεν παρέχεται από αρμόδια ιδρύματα και φορείς κοινωνικής πρόνοιας
 |  |
| 1. Γνωμάτευση για τον/ την σύζυγο ή το ανήλικο τέκνο (εφόσον δεν υπάρχει ήδη στο αρχείο της Υπηρεσίας)
 |  |
| 1. Βεβαίωση πραγματοποίησης θεραπείας με χημικούς ή ανοσοτροποποιητικούς παράγοντες ή ακτινοθεραπεία
 |  |
| 1. Άλλο
 |  |

Έλαβα γνώση

Ο Κοσμήτορας ή Ο Διευθυντής Τομέα ή Εργαστηρίου[[1]](#footnote-1)

ή Ο Προϊστάμενος της Ακαδημαϊκής Μονάδας[[2]](#footnote-2)

Ημερομηνία

**Προς τη Διεύθυνση Διοικητικού**

**Τμήμα Ε.Τ.Ε.Π. Ε.Μ.Π.**

Με την παρούσα αιτούμαι, κατ’ εφαρμογή του άρθρου 50 παρ. 2, 3 και 10 του Υπαλληλικού Κώδικα, όπως ισχύει, τη χορήγηση:

|  |  |
| --- | --- |
| Ειδικής άδειας 22 ημερών |  |
| Ειδικής άδειας 32 ημερών |  |
| Ειδικής άδειας 6 ημερών |  |
| Ειδικής άδειας 10 ημερών |  |
| Ειδικής άδειας 2 ημερών προκειμένου ο / η σύζυγός μου /ή το ανήλικο τέκνο μου να υποβληθεί σε θεραπεία με χημικούς ή ανοσοτροποποιητικούς παράγοντες ή ακτινοθεραπεία λόγω του ότι πάσχει από κακοήθη νεοπλασία (άρθρο 50 παρ. 10 του ΥΚ), καθώς έχει εξαντληθεί η προβλεπόμενη για τον ίδιο σκοπό ειδική άδεια των 22 ή 6 ημερών |  |

|  |
| --- |
| Aπό …….…….......….έως ….....…………….. |
|  *(ημ/νία έναρξης άδειας) (ημ/νία λήξης άδειας)* |
|  |

Ο/Η αιτών/ούσα

…...……………

Ημερομηνία, …………………….

1. *Για τα μέλη ΕΤΕΠ που ανήκουν σε Σχολή, Τομείς, Εργαστήρια*

2 *Για τα μέλη ΕΤΕΠ της Κεντρικής Διοίκησης* [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)