

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

Έλαβα γνώση

Ο Κοσμήτορας ή Ο Διευθυντής Τομέα ή Εργαστηρίου¹ή Ο Προϊστάμενος της Ακαδημαϊκής Μονάδας²

Ημερομηνία

¹ Για τα μέλη ΕΤΕΠ που ανήκουν σε Σχολή, Τομείς, Εργαστήρια² Για τα μέλη ΕΤΕΠ της Κεντρικής Διοίκησης**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 κακοήγη νεοπλασία (άρθρο 50 παρ. 10 του ΥΚ), καθώς έχει εξαντληθεί η προβλεπόμενη για τον ίδιο σκοπό ειδική άδεια των 22 ή 6 ημερών	

Απόέως

(ημ/νία έναρξης άδειας) (ημ/νία λήξης άδειας)

Ο/Η αιτών/ούσα

.....

Ημερομηνία,