**Α Ι Τ Η Σ Η**

**ΘΕΜΑ: Χορήγηση ειδικής άδειας**

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

**Επώνυμο: ……………………..………………………………**

**Όνομα:………………………………………………………….**

**Πατρώνυμο: …………………………………………………..**

**Σχέση Εργασίας: ΜΟΝΙΜΟΣ / ΙΔΑΧ**………………………

**Κλάδος/Ειδικότητα: …………………………………………**

**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 Προϊστάμενος……………………….

Έλαβα γνώση

………………………………………….

Ο Δ/ντής Τομέα/Εργαστηρίου

*(Για τους υπαλλήλους που υπηρετούν στις Γραμματείες των Σχολών και έχουν διατεθεί σε Τομείς ή Εργαστήρια)*

**Προς τη Διεύθυνση Διοικητικού**

**Τμήμα Διοικητικού Προσωπικού 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 (αρ.2 ) |  |
| Ειδικής άδειας 32 ημερών (αρ.2 ) |  |
| Ειδικής άδειας 6 ημερών (αρ.3) |  |
| Ειδικής άδειας 10 ημερών (αρ.3) |  |
| 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 (αρ.10) |  |

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

Ο/Η αιτών/ούσα

…...……………

Ημερομηνία, …………………….