

ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο :

Όνομα :

Πατρώνυμο:

Σχέση Εργασίας:

Κλάδου/Ειδικότητας:

Διεύθυνση Κατοικίας:

Τηλ.:

Email:

ΘΕΜΑ: Αίτηση χορήγησης μειωμένου ωραρίου

Θεσσαλονίκη, / /20

Συνημμένα Δικαιολογητικά:

(επιλέγονται κατά περίπτωση)

1. Πιστοποιητικό Κ.Ε.Π.Α.	
2. Πιστοποιητικό ΚΕ.Π.Α., από το οποίο προκύπτει ότι το τέκνο δεν εργάζεται και είναι ανάκανο προς εργασία λόγω της παθήσεως αυτής (εφόσον πρόκειται για ενήλικο τέκνο)	
3. Υπεύθυνη δήλωση χρήσης του μειωμένου ωραρίου εφόσον για το ίδιο πάσχον πρόσωπο δικαιούχοι της διευκόλυνσης είναι περισσότεροι του ενός υπάλληλοι	
4. Απόφαση δικαστηρίου για δικαστική συμπαράσταση	
5. Πιστοποιητικό τελεσιδικίας δικαστικής απόφασης	
6. Υπεύθυνη δήλωση ότι η φροντίδα του συμπαραστατούμενου προσώπου δεν παρέχεται από αρμόδια ιδρύματα και φορείς κοινωνικής πρόνοιας	
7. Άλλο	

Προς:

Α.Ν.Θ. «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»

Τμήμα Δ.Α.Δ.

Με την παρούσα αιτούμαι, κατ' εφαρμογή των παρ. 4, 5 και 6 του άρθρου 16 του ν.2527/1997, όπως ισχύει, τη μείωση του ωραρίου εργασίας:

Κατά μία (1) ώρα την ημέρα	Έχω ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω	
	Έχω τέκνο ανήλικο με πνευματική, ψυχική ή σωματική αναπηρία σε ποσοστό 67% και άνω	
	Έχω τέκνο ενήλικο με πνευματική, ψυχική ή σωματική αναπηρία σε ποσοστό 67% και άνω που δεν μπορεί να εργαστεί λόγω της αναπηρίας	
	Έχω τέκνο έως 18 ετών που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη ινσουλοεξαρτώμενο ή τύπου 1 με ποσοστό αναπηρίας 50% και άνω	
	Έχω σύζυγο με αναπηρία 80% και άνω, τον οποίο συντηρώ και φροντίζω	
	Είμαι δικαστικός συμπαραστάτης προσώπου με πνευματική, ψυχική ή σωματική αναπηρία σε ποσοστό 67% και άνω, έχω την επιμέλεια αυτού και η φροντίδα του δεν παρέχεται από αρμόδια ιδρύματα και φορείς κοινωνικής πρόνοιας	

Συνημμένα κατατίθενται τα σχετικά αναφερόμενα στην παρούσα αίτηση

Ο/Η αιτών/ούσα

.....

