

Α Ι Τ Η Σ Η

Επώνυμο :

Όνομα :

Πατρώνυμο:

Σχέση Εργασίας:

Κλάδου/Ειδικότητας:

Διεύθυνση Κατοικίας:

Τηλ.:

Email:

ΘΕΜΑ: Χορήγηση ειδικής άδειας ημερών

Συνημμένα Δικαιολογητικά:

(επιλέγονται κατά περίπτωση)

1. Πιστοποιητικό αναπηρίας από ΚΕ.Π.Α.	
2. Υπεύθυνη δήλωση κατανομής χρήσης των 10 ημερών εφόσον για το ίδιο πάσχον πρόσωπο δικαιούχοι της άδειας είναι περισσότεροι του ενός υπάλληλοι	
3. Απόφαση δικαστηρίου για δικαστική συμπαράσταση	
4. Πιστοποιητικό τελεσιδικίας δικαστικής απόφασης	
5. Υπεύθυνη δήλωση ότι η φροντίδα του συμπαραστατούμενου προσώπου δεν παρέχεται από αρμόδια ιδρύματα και φορείς κοινωνικής πρόνοιας	
6. Άλλο	

Συνημμένα κατατίθενται τα σχετικά αναφερόμενα στην παρούσα αίτηση

Προς:

Α.Ν.Θ. «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»

Τμήμα Δ.Α.Δ.

Με την παρούσα αιτούμαι, κατ' εφαρμογή της παρ. 3 και 4 του άρθρου 50 του Υπαλληλικού Κώδικα, όπως ισχύει, τη χορήγηση:

ΑΔΕΙΑΣ 6 ΗΜΕΡΩΝ	Έχω ποσοστό αναπηρίας 50% και άνω	
	Έχω ανήλικο τέκνο με ποσοστό αναπηρίας 50% και άνω	
	Έχω ενήλικο τέκνο με ποσοστό αναπηρίας 50% και άνω που δεν εργάζεται λόγω της αναπηρίας	
	Είμαι δικαστικός συμπαραστάτης προσώπου με ποσοστό αναπηρίας 50% και άνω, έχω την επιμέλεια αυτού και η φροντίδα του δεν παρέχεται από αρμόδια ιδρύματα και φορείς κοινωνικής πρόνοιας	
ΑΔΕΙΑΣ 10 ΗΜΕΡΩΝ	Δικαιούμαι την ειδική άδεια για περισσότερα από ένα πάσχοντα πρόσωπα (έχουν επιλεγεί παραπάνω από μία περιπτώσεις παραπάνω)	
	Για το ίδιο πάσχον πρόσωπο δικαιούχοι της άδειας είναι περισσότεροι του ενός υπάλληλοι	
ΑΔΕΙΑΣ 3 ΗΜΕΡΩΝ	Είμαι δικαστικός συμπαραστάτης προσώπου με ποσοστό αναπηρίας 50% και άνω, έχω την επιμέλεια αυτού και η φροντίδα του παρέχεται από αρμόδια ιδρύματα και φορείς κοινωνικής πρόνοιας	

Συνημμένα κατατίθενται τα σχετικά αναφερόμενα στην παρούσα αίτηση

Ο/Η αιτών/ούσα