|  |  |
| --- | --- |
| Περιγραφή: ethnos2**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  **ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ,**  **ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ**  -----  **ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ**  **ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**  **ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**  **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ**  -----  **(Ονομασία Σχολικής Μονάδας)**  Ταχ. Δ/νση: …………………………………………………………..  Πληροφορίες: …………………………………………………………..  Τηλέφωνο: ……………………………………………………...…..  E-mail: ………………………………………………………….. | Λαμία, ….../….../202….  Αρ. Πρωτ.: Φ.16.1/ ……….    **ΑΠΟΦΑΣΗ** |

**ΘΕΜΑ**: «**Χορήγηση ειδικής άδειας λόγω αναπηρίας 50% και άνω αναπληρωτή/τριας»**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 50 του Ν. 3528/2007 «Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ. και άλλες διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε με την παρ. 1α του άρθρου 47 του Ν.4674/2020.
2. Την με αρ. πρωτ. Φ.353.1/324/105657/Δ1/8−10−2002 Υ.Α. (ΦΕΚ 1640/τ.Β’/16-10-2002) «Καθορισμός των ειδικότερων καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των διευθυντών και υποδιευθυντών σχολικών μονάδων και ΣΕΚ και των συλλόγων διδασκόντων» και τροποποιήθηκε με την αρ. πρωτ. Φ.353.1/26/153324/Δ1/25-9-2014 Υ.Α (ΦΕΚ 2648/τ.Β’/7-10-2014).
3. Την με αρ. πρωτ. Φ.351.5/43/67822/Δ1/05-05-2014 Εγκύκλιο του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων «Άδειες εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας».
4. Την από **…../…../202…..** αίτηση του/της αναπληρωτή/τριας **κ….. ……………………………………………..…….,** **κλ.** **ΠΕ…....**, του σχολείου ………………………….………., για **χορήγηση ειδικής άδειας\* έως έξι (06) εργάσιμων ημερών** λόγω αναπηρίας 50% και άνω και δεν υπάγεται στην παρ. 2 και 4 του άρθρου 50 του Ν. 3528/2007 όπως τροποποιήθηκε με την παρ. 1α του άρθρου 47 του Ν.4674/2020, σύμφωνα με τα συνημμένα δικαιολογητικά.

**Α π ο φ α σ ί ζ ο υ μ ε**

Την χορήγηση στον/στην αναπληρωτή/τριας **κ…. …………………………………………….……………,** **κλ. ΠΕ………..,** του σχολείου ……………………………….., **ειδικής άδειας αναπηρίας 50% και άνω, έως έξι (06)** εργάσιμης/εργάσιμων ημερών με πλήρεις αποδοχές, από τις **…/…/202… έως και …/…/202…**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Κοινοποίηση:   1. Ενδιαφερόμενο/η 2. Δ.Δ.Ε. Φθιώτιδας (για Π.Μ.) 3. Δ.Δ.Ε. Φθιώτιδας (Οικονομικό Τμήμα) 4. Σχολείο Οργανικής 5. Σχολείο Τοποθέτησης (εάν υπάρχει) | **Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΤΡΙΑ**  **………………………………...** | |

\*Σε περίπτωση που ο υπάλληλος δικαιούται την ειδική άδεια για περισσότερα από ένα πάσχοντα πρόσωπα, η ειδική άδεια με αποδοχές προσαυξάνεται κατ’ ανώτατο όριο σε δέκα (10) εργάσιμες ημέρες τον χρόνο