|  |  |
| --- | --- |
| 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 νοσήματος (έως 22 εργάσιμες ημέρες) αναπληρωτή/τριας\*»**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των παρ. 2 και 4 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 νοσήματος μίας/…. (….) εργάσιμης/ων ημέρας/ημερών** και τα δικαιολογητικά ιδίου ή τέκνων που χρήζουν νοσηλείας.

**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 νοσήματος** μίας/…. **(….)** 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 τριάντα δύο (32) εργάσιμες ημέρες τον χρόνο.