|  |  |
| --- | --- |
| 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.12.1/ ……….  **ΑΠΟΦΑΣΗ** |

**ΘΕΜΑ**: «**Χορήγηση ειδικής άδειας ετήσιου γυναικολογικού ελέγχου»**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ. 9 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. 3 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 της **κ….. ………………………………………………………...…….,** **κλ.** **ΠΕ…....**, του σχολείου ………………………….………., για **χορήγηση ειδικής άδειας ετήσιου γυναικολογικού ελέγχου μίας (01) εργάσιμης ημέρας**.
5. Την από ……/…../2…. βεβαίωση θεράποντος ιατρού.

**Α π ο φ α σ ί ζ ο υ μ ε**

Την χορήγηση στην **κ…. ……………………………………………………….……………,** **κλ. ΠΕ………..,** του σχολείου ……………………………….., ειδικής **άδειας ετήσιου γυναικολογικού ελέγχου μίας (01) εργάσιμης ημέρας** με πλήρεις αποδοχές, στις **…/…/202…**

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