

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ Α/ΘΜΙΑΣ &  Β/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ Δ/ΝΣΗ Β/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΞΑΝΘΗΣ(ΣΧΟΛΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ) |  | ΞΑΝΘΗ: ……../………/20…… Αριθμ. Πρωτ.: |  |
|  |  |

 ΠΡΟΣ: (ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ)

|  |  |
| --- | --- |
| Ταχ. Δ/νση  |  |
| Πληροφορίες |  |
| Τηλέφωνο |  |
| e-mail  |  |
| Ιστοσελίδα  |  |
|  |

### ΘΕΜΑ: Χορήγηση ειδικής άδειας απουσίας σε Αναπληρωτή/τρια Εκπαιδευτικό.

**Έχοντας υπόψη:**

1. Τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 50 του Ν. 3528/2007, όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 81 του Ν. 4589/2019.
2. Τις διατάξεις του άρθρου 28 της υπ’ αριθ. Φ.353.1/324/105657/Δ1/8-10-2002 (ΦΕΚ 1340 τ. Β΄/16-10-2002) Υπουργικής Απόφασης «Καθορισμός των ειδικότερων καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των Προϊσταμένων των Περιφερειακών Υπηρεσιών Α/θμιας και Β/θμιας Εκπαίδευσης, των Διευθυντών και Υποδιευθυντών των Σχολικών Μονάδων και ΣΕΚ και των συλλόγων διδασκόντων», όπως συμπληρώθηκε με την υπ’ αριθ. Φ.353.1/26/153324/Δ1/25-9-2014 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 2648/τ. Β΄/7-10-2014).
3. Την υπ’ αριθ. Φ.351.5/43/67822/Δ1/5.5.2014 εγκύκλιο του ΥΠ.ΠΑΙ.Θ. με θέμα: «Άδειες εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης».
4. Την υπ’αριθ. πρωτ. … /… /20.… αίτηση που συνοδεύεται από βεβαίωση του κέντρου Αιμοδοσίας του Γενικού Νοσοκομείου ………….

**Αποφασίζουμε**

 Χορηγούμε στον/ην κ. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ του ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ, Αναπληρωτή/ρια εκπαιδευτικό κλάδου ΠΕ….. του (ΣΧΟΛΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ), με ΑΦΜ: ……………………….. **ειδική άδεια** απουσίας με αποδοχές **δυο (2) εργάσιμων ημερών**, από ……/……/20….. έως ……./……./20….. λόγω εθελοντικής αιμοδοσίας.

**Ο Διευθυντής της Σχολικής Μονάδας/ Η προϊσταμένη του Νηπιαγωγείου**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ**

 **ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**

1.Ενδιαφερόμεν...

2. Δ/νση Π.Ε. Ξάνθης

3. Αρχείο Σχολείου

