

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  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 αναρρωτικής άδειας με ιατρική γνωμάτευση.

**Έχοντας υπόψη:**

1. Τις διατάξεις των άρθρων 54, 55 και 56 του Ν.3528/2007 (ΦΕΚ 26/09-02-2007 τ.Α΄) «Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.» όπως αντικαταστάθηκε από το άρθρο 2, 3 του Ν.4210/2013 (ΦΕΚ 254/21-11-2013 τ.Α’) «Ρυθμίσεις Υπουργείου Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και άλλες διατάξεις».
2. Την με αρίθμ.Φ.351.5/43/67822/Δ1/5-5-2014 του ΥΠΑΙΘ «Άδειες εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης».
3. Την με αριθμ. Φ.353.1/26/153324/Δ1/25-9-2014 Υ.Α (ΦΕΚ αρ.2648 τ.Β’/7-10-2014) «Τροποποίηση της υπ' αριθμ. Φ.353.1/324/105657/Δ1/8−10−2002 απόφασης: Καθορισμός των ειδικότερων καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των προϊσταμένων των περιφερειακών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, των διευθυντών και υποδιευθυντών σχολικών μονάδων και ΣΕΚ και των συλλόγων διδασκόντων».
4. Την υπ’αρίθμ. 4062/2021 - ΦΕΚ 3549/Β/3-8-2021 Κοινή Υπουργική Απόφαση «Καθορισμός των ειδών των ηλεκτρονικών ιατρικών βεβαιώσεων, της διαδικασίας έκδοσής τους, του τύπου και των ειδικότερων χαρακτηριστικών αυτών, των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων ασφαλείας της ειδικής ηλεκτρονικής εφαρμογής της παρ. 1 του άρθρου 35του ν. 4816/2021 (Α΄ 118) και κάθε άλλης αναγκαίας λεπτομέρειας.».
5. Την υπ'αρίθμ. ………………………. αίτηση του/της ενδιαφερόμενου/ης.
6. Την ιατρική γνωμάτευση, η οποία βεβαιώνει ότι ο/η παραπάνω εκπαιδευτικός έχει ανάγκη από αναρρωτική άδεια.

**Αποφασίζουμε**

 Χορηγούμε στον/ην κ. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ του ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ, εκπαιδευτικό κλάδου ΠΕ….. του (ΣΧΟΛΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ), με ΑΜ: ……………………….. αναρρωτική άδεια ………… (……..) ημέρας/ων, στις/από (ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ) με αποδοχές.

**Ο Διευθυντής της Σχολικής Μονάδας**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ**

 **ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**

1.Ενδιαφερόμεν...

2. Δ/νση Π.Ε. Ξάνθης

3. Αρχείο Σχολείου