|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  **ΟΝΟΜΑ………………………………….....**  **ΕΠΩΝΥΜΟ: ………………………………..**  **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: ……………..................**  **Σχέση Εργασίας: ……………………………**  **Κλάδου/Ειδικότητας: ………………………**  **………………………………………………..**  **Διεύθυνση Κατοικίας: ……………………...**  **……………………………………………….**  **Τηλ.: …………………………………………**  **Email: …….………………………………….**  **Θέμα: «Αίτηση χορήγησης ειδικής άδειας απουσίας της παρ. 3 του αρ. 50 Υ.Κ..»**  **…………, …/…/ 2024**  (τόπος) (ημερομηνία αίτησης)  **Συνημμένα Δικαιολογητικά:**  **(επιλέγονται κατά περίπτωση)**   |  |  | | --- | --- | | 1. Γνωμάτευση υγειονομικής επιτροπής |  | | 1. Γνωμάτευση από δημόσιο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο ή παιδοψυχιατρικό τμήμα δημόσιου νοσοκομείου |  | | 1. Υπεύθυνη δήλωση κατανομής χρήσης των 32 ημερών εφόσον για το ίδιο πάσχον πρόσωπο δικαιούχοι της άδειας είναι περισσότεροι του ενός υπάλληλοι |  | | 1. Απόφαση δικαστηρίου για δικαστική συμπαράσταση |  | | 1. Πιστοποιητικό τελεσιδικίας δικαστικής απόφασης |  | | 1. Υπεύθυνη δήλωση ότι η φροντίδα του συμπαραστατούμενου προσώπου δεν παρέχεται από αρμόδια ιδρύματα και φορείς κοινωνικής πρόνοιας |  | | 1. Άλλο |  | | **ΠΡΟΣ:**  **Διεύθυνση …………………………...................**  (συμπλήρωση του τίτλου της οργανικής μονάδας  του φορέα όπου υπηρετεί ο/η υπάλληλος)  **Με την παρούσα κατ’ εφαρμογή της παρ. 2 του άρθρου 50 του Υπαλληλικού Κώδικα (ν.3528/2007), όπως ισχύει, την αναγνώριση του δικαιώματος χορήγησης:**  **Α. ΕΙΔΙΚΗ ΑΔΕΙΑ 22 ΗΜΕΡΩΝ**   |  |  | | --- | --- | | Πάσχω από νόσημα που απαιτεί τακτικές μεταγγίσεις αίματος ή χρήζει περιοδικής νοσηλείας |  | | Πάσχει ο/η σύζυγός μου από νόσημα που απαιτεί τακτικές μεταγγίσεις αίματος ή χρήζει περιοδικής νοσηλείας |  | | Πάσχει το τέκνο μου από νόσημα που απαιτεί τακτικές μεταγγίσεις αίματος ή χρήζει περιοδικής νοσηλείας |  | | Έχω τέκνο με βαριά νοητική στέρηση ή σύνδρομο Down |  | | Έχω τέκνο με Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή (Δ.Α.Δ) |  | | Είμαι δικαστικός συμπαραστάτης προσώπου που πάσχει από ανοϊκή συνδρομή ή μία από τις παραπάνω παθήσεις, έχω την επιμέλεια αυτού και η φροντίδα του δεν παρέχεται από αρμόδια ιδρύματα και φορείς κοινωνικής πρόνοιας |  |   **Β. ΕΙΔΙΚΗ ΑΔΕΙΑ 32 ΗΜΕΡΩΝ**   |  |  | | --- | --- | | Δικαιούμαι την ειδική άδεια για περισσότερα από ένα πάσχοντα πρόσωπα (έχουν επιλεγεί παραπάνω από μία περιπτώσεις παραπάνω) |  | | Για το ίδιο πάσχον πρόσωπο δικαιούχοι της άδειας είναι περισσότεροι του ενός υπάλληλοι |  |   Συνημμένα κατατίθενται τα σχετικά αναφερόμενα στην παρούσα αίτηση.  **Ο/Η αιτών/ούσα**  **…………………………….** |