|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**Επώνυμο:…………………………………………Όνομα:….................................... Όνομα πατέρα:…………………………………Όνομα μητέρας:………………………………Κλάδος:……………………………………………Δ/νση κατοικίας:…………………….........Τηλ. κατοικίας:…………………………………Κινητό τηλ.:…………………………………….Email: ……………………………………………..**ΓΙΑ ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ : ΜΟΝΙΜΟΙ / ΙΔΑΧ** Μόνιμος αποσπασμένος ……………...........Μόνιμος στη διάθεση………………………………Μόνιμος σε οργανική……………………………..Διάθεση από Δευτεροβάθμια(πλήρης….)-(μερική...)Σχολείο που έχει οργανική………………….…Σχολείο/α που υπηρετεί ……………………….…….………………………………………………..………**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση 9μηνης άδειας** **ανατροφής τέκνου»**……………………………………………………… *(τόπος) (ημερομηνία)*  | **ΠΡΟΣ:****Τη Διεύθυνση Π.Ε. Νομού ΛΑΣΙΘΙΟΥ**Δια του Διευθυντή/ντριας – Προϊσταμένου/νηςτου ……………………………………………………………….. *(ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ)*Αριθμ.Πρωτ.Σχολείου: ………….Ημερομηνία : ………………………… Παρακαλώ να μου χορηγήσετε, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρ. 53 παρ. 2-5 του Ν.3528/2007 (*κυκλώστε και* *συμπληρώστε ό,τι ισχύει*):* **Άδεια εννιά (9) μηνών** **για ανατροφή του παιδιού μου** που γεννήθηκε στις …..…/………/………...... από ………/………/…………. έως και ………/………/…………, δεδομένου ότι αποφάσισα να μην κάνω χρήση της διευκόλυνσης του μειωμένου διδακτικού ωραρίου.
	+ **Τμήμα της 9μηνης άδειας ανατροφής του παιδιού μου** που γεννήθηκε στις ………/…………/………….. από ………/…………/…………. έως και ………/………/..…………., δεδομένου ότι αποφάσισα να μην κάνω χρήση της διευκόλυνσης του μειωμένου διδακτικού ωραρίου και θα κάνω χρήση της 9μηνης άδειας ανατροφής από κοινού με τον/την σύζυγό μου.

Συνημμένα σας υποβάλλω:1. Υπεύθυνη δήλωση δική μου
2. Υπεύθυνη δήλωση του/της συζύγου μου
3. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης

Σημειώστε με **√** αν συντρέχει μια από τις παρακάτω περιπτώσεις:

|  |  |
| --- | --- |
| Γέννηση πολυδύμων |  |
| Υιοθεσία τέκνου |  |
| Γονέας άγαμος ή χήρος ή διαζευγμένος ή με αναπηρία 67% και άνω |  |
| Περίπτωση διάστασης, διαζυγίου, χηρείας ή γέννησης τέκνου χωρίς γάμο και ασκώ την επιμέλεια του τέκνου |  |

  Ο/Η Αιτ…….. ................................ |
|  |  |