|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ  Α/ΘΜΙΑΣ & Β/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  Δ/ΝΣΗ Α/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ Ν. ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ  ΣΧΟΛΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ:  …………………………………………………… | | |  | ….…………….., …/…/…….  Αρ. πρωτ.: …………………  **Α Π Ο Φ Α Σ Η** |
| Ταχ. Διεύθυνση  ΤΚ – Πόλη  Πληροφορίες  Τηλέφωνο FAX  Ιστοσελίδα  E-mail | :  :  :  :  :  :  : | ……………………………………  ……………………………………  ……………………………………  ……………………………………  ……………………………………  ……………………………………  …………………………………… |

# Θέμα: «Χορήγηση ειδικής άδειας ασθενείας τέκνων, με αποδοχές»

Έχοντας υπόψη:

1. Την με αριθμ. πρωτ. 10275/Ε2 (ΑΔΑ:69ΞΦ4653ΠΣ-ΞΘΨ) εγκύκλιο του Υπουργείου Παιδείας Έρευνας και Θρησκευμάτων με θέμα «Ενημέρωση σχετικά με την εφαρμογή του άρθρου 31 του Ν.4440/2016 (ΦΕΚ 224/Α/2016) αναφορικά με τη χορήγηση άδειας ασθένειας τέκνων στους μόνιμους εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης»,
2. Την με αρ.πρωτ.Φ.351.5/43/67822/Δ1/05-05-2014 διευκρινιστική εγκύκλιο του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων,
3. Το άρθρο 28 της υπ’ αριθμ.Φ.353.1/324/105657/Δ1/8-10-02 απόφασης του Υ.Π.Ε.Π.Θ. (ΦΕΚ 1340/Β/2002) όπως τροποποιήθηκε με την υπ αριθμ. Φ.353.1/26/153324/Δ1/25-09-2014 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 2648/Β/2014),
4. Τις διατάξεις της με αριθμ. Φ.353.1/10/Δ1/26-04-2013 (ΦΕΚ 1186/Β/2013) Υπουργικής Απόφασης «Συμπλήρωση – τροποποίηση της με αριθμ. Φ353.1/324/105657/Δ1/08-10-2002 (ΦΕΚ 1340/Β/16-10-02) Υπουργικής Απόφασης «Καθορισμός ειδικότερων καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των Προϊσταμένων των Περιφερειακών Υπηρεσιών Π.Ε. & Δ.Ε., των Δ/ντών & Υποδ/ντών των Σχολικών Μονάδων και ΣΕΚ και των Συλλόγων Διδασκόντων» και
5. Την από …/…/……. αίτηση του/της …………………………………………….. του ……………………..…, εκπαιδευτικού κλάδου ….… του …. Δημοτικού Σχολείου/Νηπιαγωγείου ……………………………, για χορήγηση ειδικής άδειας (ασθενείας τέκνου).

## Αποφασίζουμε

Χορηγούμε στον/στην ……………………………………………………….… του ………………….….., εκπαιδευτικό κλάδου ….… του …. Δημοτικού Σχολείου/Νηπιαγωγείου ……………………………, ειδική άδεια (ασθενείας τέκνου) ……………… (00) εργάσιμων ημερών, από …/…/……. μέχρι και …/…/……., με αποδοχές.

# Ο/Η Διευθυντής/Διευθύντρια

**Ο/Η Προϊστάμενος/Προϊσταμένη**

…………………………………

**Κοινοποίηση:**

1. Ενδιαφερόμενο/η
2. Δ/νση Π.Ε. Αργολίδας