|  |
| --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΣΠΑΣΗΣ ΕΝΤΟΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ Δ.Ε. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΕΕΠ-ΕΒΠ** **(για το διδακτικό έτος 2023-2024)** |
| *Η ΑΙΤΗΣΗ ΑΥΤΗ ΕΠΕΧΕΙ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ (ν.1599/1986)* |
| **ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:**  |  |  |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:**  | **ΟΝΟΜΑ:** | **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** |
| **ΚΛΑΔΟΣ:**  | **ΦΕΚ ΔΙΟΡΙΣΜΟΥ:**  | **ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ:** |
| **ΠΟΛΗ:**  | **ΟΔΟΣ:**  | **ΑΡΙΘΜΟΣ: ΤΚ:**  |
| **ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ:** | **ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ:**  | **E-mail:** |
|  |
| **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ** (συμπληρώνεται με Ναι/Όχι):  |
| **ΑΓΑΜΟΣ:** | **ΕΓΓΑΜΟΣ/ΣΥΜΦΩΝΟ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ:**  | **ΣΕ ΔΙΑΖΕΥΞΗ/ΔΙΑΣΤΑΣΗ:** |
| **ΣΕ ΧΗΡΕΙΑ:** |  |
| **ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (ανήλικα ή σπουδάζοντα):**  |  | **ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΤΕΚΝΩΝ** (Ναι/ Όχι): |
| **ΕΝΤΟΠΙΟΤΗΤΑ:** | **ΔΗΜΟΣ ΕΝΤΟΠΙΟΤΗΤΑΣ:** |
| **ΣΥΝΥΠΗΡΕΤΗΣΗ:** | **ΔΗΜΟΣ ΣΥΝΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ:** |
| **ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ(ελέγχεται από την υπηρεσία):**  |    |
| **ΕΤΗ:** | **ΜΗΝΕΣ:**  | **ΜΕΡΕΣ:** |
| **ΣΟΒΑΡΟΙ ΛΟΓΟΙ ΥΓΕΙΑΣ:** |
| **Λόγοι Υγείας Ιδίων**  | **Αναπηρία 50-66%** ⭘**Αναπηρία 67-79%** ⭘ **Αναπηρία 80% και άνω** ⭘  |
|  |
| **Λόγοι Υγείας Συζύγου** | **Αναπηρία 50-66%** ⭘**Αναπηρία 67-79%** ⭘**Αναπηρία 80% και άνω** ⭘ |
| **Λόγοι Υγείας τέκνων** | **Αναπηρία 50-66%** ⭘**Αναπηρία 67-79%** ⭘**Αναπηρία 80% και άνω** ⭘ |
| **Λόγοι Υγείας Γονέων** | **Αναπηρία 50-66% ⭘****Αναπηρία 67% και άνω ⭘ ΔΗΜΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΓΟΝΕΩΝ:…………………………** |
| **Λόγοι Υγείας Αδελφών**  | **Αναπηρία 67% και άνω** **με απόφαση επιμέλειας ⭘ ΔΗΜΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΑΔΕΛΦΟΥ (-ΩΝ):………………..** |
|  |
| **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ** ⭘ |
| **ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ/ΑΛΛΟΣ ΤΙΤΛΟΣ** ⭘ **ΔΗΜΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ:…………………………………..** |
| **ΚΑΤΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ:** |
| Ειδική κατηγορία εργαζομένου (1.ασθένεια τέκνου, 2. πολυτεκνία, 3. ασθένεια ιδίου ή συζύγου): | (Συμπληρώνεται με 1, 2 ή 3): |
| Περιγραφή ειδικής κατηγορίας: |   |
| ΑΜ ΚΕΠΑ:  |   |
| Αρ. Επιτροπής: |   |
| ΑΣΠΕ (Αριθμός Μητρώου): |   |
| **ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ** |
| **Σχολικές Μονάδες:** |
| **1.** |
| **2.** |
| **3.** |
| **4.** |
| **5.** |
|  |
| **Υποβάλλω συνημμένα:** |   |
| **1.** | **6.** |
| **2.** | **7.** |
| **3.** | **8.** |
| **4.** | **9.** |
| **5.** | **10.** |
|  |
|  **Ημερομηνία:**  **Ο/Η ΑΙΤ………..** |
|  |