

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

ΠΕΡ/ΚΗ Δ/ΝΣΗ Π.Ε. & Δ.Ε.

ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ



**ΣΧΟΛΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ**

## 

## Τηλέφωνο :

Ταχ.Δ/νση :

(Έδρα Σχολικής Μονάδας) , //2023

Αρ. Πρωτ :

**ΑΠΟΦΑΣΗ**

Email :

**Η/Ο Διευθύντρια/-ντής ή Η/Ο Προϊσταμένη/-ος της σχολικής μονάδας**

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

|  |
| --- |
| Έχοντας υπόψη: |
| 1. Τις διατάξεις της παρ. 9 του άρθρου 50 του Ν. 3528/2007 με θέμα «Άδεια για ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο» όπως προστέθηκε με την παρ.3 άρθρο 47 του Ν.4674/2020. 2. Την υπ. αριθμ. Φ.351.5/43/67822/Δ1/05-05-2014 εγκύκλιο του ΥΠΑΙΘ που αφορά τη χορήγηση αδειών στο διδακτικό προσωπικό της εκπ/σης (ΑΔΑ:ΒΙΦΓ9-4ΘΑ). 3. Τη με αριθμ. Φ.353.1/324/105657/Δ1 υπουργική απόφαση, που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 1340 τ.Β/16-10-2002 με θέμα «Καθορισμός των ειδικότερων καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των Προϊσταμένων των περιφερειακών υπηρεσιών Πρωτ/θμιας και Δευτ/θμιας Εκπ/σης, των Δ/ντών και Υποδ/ντών των Σχολικών Μονάδων και των ΣΕΚ και των συλλόγων διδασκόντων, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με την αριθμ. Φ.353.1/26/153324/Δ1/25-9-2014Υ.Α.(ΦΕΚ αρ.2648 τ.Β΄/7-10-2014)» 4. Την από ………….. αίτηση της **……………….**, η οποία συνοδεύεται από τα απαραίτητα δικαιολογητικά και αναφέρει ότι έχει ανάγκη ειδικής άδειας για ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο. |

Χορηγούμε στην **……………………. κλάδου ΠΕ….**, εκπαιδευτικό ,που υπηρετεί στο …………….. **1 ημέρα ειδική άδεια** **για ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο** με πλήρεις αποδοχές στις ……………...

|  |
| --- |
| **ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**  1. Ενδιαφερόμενο εκπ/κό  2. Σχολείο xxxxxxxx  3.Π.Μ. εκπ/κού |

Η/Ο Διευθύντρια/ντης Η/Ο Προϊσταμένη/Προϊστάμενος