|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ Α/ΘΜΙΑΣ & Β/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝΔ/ΝΣΗ Β/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΛΕΥΚΑΔΑΣΟΝΟΜΑΣΙΑ ΣΧΟΛΕΙΟΥ |  | Πόλη:Αριθμ. Πρωτ.: | ΗμερομηνίαΑριθμός - Ημερομηνία |
|  |  |
| Ταχ. Δ/νση | : | Διεύθυνση |  |  |
| Ταχ. Κώδικας | : | 311 00 Λευκάδα |   | **Α Π Ο Φ Α Σ Η** |
| Πληροφορίες | : | Όνομα Δ/ντή μονάδας |   |
| Τηλέφωνο | : | Αρ. τηλεφώνου |   |  |
| Αριθμός FAX | : | Αρ. φαξ  |  |  |
| e-mailΙστοσελίδα | :: | email ΣχολείουΔιεύθυνση ιστοσελίδας | ΚΟΙΝ. | 1. Ενδιαφερόμενος/η
2. ΔΔΕ Λευκάδας (ΠΜΥ/Ε΄)
3. ΠΜΥ Σχολείου
4. ΔΔΕ Οργανικής(στη περίπτωση που ο εκπ/κος είναι αποσπασμένος)
5. Σχολείο οργανικής (στη περίπτωση που ο εκπ/κος είναι αποσπασμένος)
 |

### ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας εκπαιδευτικού για ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο»

Ο/Η Διευθυντής/ντρια του Ονομασία Σχολείου

**Έχοντας υπόψη:**

1. Τις διατάξεις της παρ. 9 του άρθρου άρ. 50 του Ν. 3528/2007 που προστέθηκε με τις διατάξεις του άρ. 47 του Ν. 4674/2020(ΦΕΚ 53 Α’11-03-2020), όπως αναφέρεται στην υπ’ αρ. ΔΙΔΑΔ/Φ69/117/οικ.11102/28-05-2020 εγκύκλιο Υπ. Εσωτερικών.
2. Την με αριθμ. Φ.353.1/26/153324/Δ1/25-9-2014 Υ.Α (ΦΕΚ αρ.2648 τ.Β’/7-10-2014) «Τροποποίηση της υπ' αριθμ. Φ.353.1/324/105657/Δ1/8−10−2002 απόφασης: Καθορισμός των ειδικότερων καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των προϊσταμένων των περιφερειακών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, των διευθυντών και υποδιευθυντών σχολικών μονάδων και ΣΕΚ και των συλλόγων διδασκόντων».
3. Την από ......./……./……… αίτηση της ενδιαφερόμενης εκπαιδευτικού.
4. Την από ......./……./……… ιατρική βεβαίωση

**Α π ο φ α σ ί ζ ο υ μ ε**

Χορηγούμε στην κ. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , εκπαιδευτικό κλάδου ΠΕ00 του Ονομασία Σχολείου, **άδεια** με αποδοχές αριθμός(00) ημερών, από τις \_\_-\_\_-20\_\_ έως τις \_\_-\_\_-20\_\_, για πραγματοποίηση ετήσιου γυναικολογικού ελέγχου.

Ο/Η Διευθυντής/τρια

Ονοματεπώνυμο Διευθυντή/τριας