|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ,  ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ  ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ  Α/ΘΜΙΑΣ & Β/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ  ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ**  **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΛΑΚΩΝΙΑΣ**  **…..ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ/ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ…….** | | ΣΠΑΡΤΗ/…………, ….-…..-202….    Αριθμ. Πρωτ.: -- | |
| Ταχ. Διεύθυνση:  Ταχ. Κώδικας:  Πληροφορίες:  Τηλέφωνο:  Δικτυακός τόπος:  Ηλεκτρ. Ταχυδρ.: |  |  | **ΑΠΟΦΑΣΗ** |
|  |  |

**Θέμα: «Χορήγηση ειδικής άδειας αιμοδοσίας αναπληρωτή/τριας εκπαιδευτικού».**

Ο/Η Διευθυντής-ντρια/ Προϊστάμενος-η του ……………….

**΄**Εχοντας υπόψη:

1. Το Π.Δ. 410/1988, αρ 21, όπως τροποποιήθηκε με την παρ 7α του αρ. 47 του ν. 4674/2020.
2. Τις διατάξεις της παρ.5 του άρθρου 38 του Ν.4351/2015(ΦΕΚ 164/τ.Α΄), όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 81 του Ν.4589/2019(ΦΕΚ 13/τ.Α΄/29-01-2019).
3. Το υπ’αριθμ.15051/Ε3/31-01-2019 έγγραφο του ΥΠ.Π.Ε.Θ.
4. Τις διατάξεις του άρθρου 28 της υπ’ αριθ. Φ.353.1/324/105657/Δ1/8-10-2002 (ΦΕΚ 1340 τ. Β΄/16-10-2002) Υπουργικής Απόφασης «Καθορισμός των ειδικότερων καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των Προϊσταμένων των Περιφερειακών Υπηρεσιών Α/θμιας και Β/θμιας Εκπαίδευσης, των Διευθυντών και Υποδιευθυντών των Σχολικών Μονάδων και ΣΕΚ και των συλλόγων διδασκόντων», όπως συμπληρώθηκε με την υπ’ αριθ. Φ.353.1/26/153324/Δ1/25-9-2014 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 2648/τ. Β΄/7-10-2014).
5. Την υπ’ αριθ. Φ.351.5/43/67822/Δ1/5.5.2014 εγκύκλιο του Υ.ΠΑΙ.Θ. με θέμα: «Άδειες εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.
6. Την υπ΄αριθμ. ……./…..-…-20…. αίτηση του/της κ. ………………….. , αναπληρωτή/τριας εκπαιδευτικού κλάδου ΠΕ …. ( ……………….. ) που υπηρετεί στο ……..Δημοτικό Σχολειο/ Νηπιαγωγείο ………….., με την οποία αιτείται ……. (….) ημερών ειδική άδεια αιμοδοσίας, στις/από ……-…….-202….,
7. Την από …-…..-202…. Βεβαίωση του Νοσοκομείου ……...

**Α π ο φ α σ ί ζ ο υ μ ε**

Χ ο ρ η γ ο ύ μ ε στον/στην κ. ………………………………………….., αναπληρωτή/τρια εκπαιδευτικό κλάδου ΠΕ …. (……………………………..) που υπηρετεί στο…. Δημοτικό Σχολειο/ Νηπιαγωγείο …………..., …… (….) ημέρες ειδική άδεια αιμοδοσίας, από/στις ……-……-202…., με πλήρεις αποδοχές.

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**

1. Διεύθυνση Π.Ε. Λακωνίας (για Π.Μ.) **Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ-ΝΤΡΙΑ/ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ-Η**
2. Ενδιαφερόμενο/η
3. Φ. Αρχείου