|  |  |
| --- | --- |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ,ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΑ/ΘΜΙΑΣ & Β/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ****ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΛΑΚΩΝΙΑΣ****…..ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ/ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ…….** |  ΣΠΑΡΤΗ/…………, ….-…..-202….  Αριθμ. Πρωτ.: -- |
|   Ταχ. Διεύθυνση:  Ταχ. Κώδικας: Πληροφορίες: Τηλέφωνο:  Δικτυακός τόπος: Ηλεκτρ. Ταχυδρ.: |  |  |  **ΑΠΟΦΑΣΗ** |
|  |  |

 **Θέμα: «Χορήγηση αναρρωτικής άδειας αναπληρωτή/τριας εκπαιδευτικού»**

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

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των άρθρων 17 και 18 του Π.Δ. 410/1988.
2. Τις διατάξεις των άρθρων 657 και 658 του Αστικού Κώδικα.
3. Την υπ’ αριθμ. Φ.353.1/324/105657/Δ1/8-10-2002 (ΦΕΚ.1340/16-10-2002 τ. Β΄) Υπουργική Απόφαση, περί καθορισμού καθηκόντων και αρμοδιοτήτων των Προϊσταμένων των Περιφερειακών Υπηρεσιών Π.Ε. και Δ.Ε., όπως αυτή τροποποιήθηκε με την υπ’ αριθμ.Φ.353.1/26/153324/Δ1/25-9-2014 ( ΦΕΚ.2648/7-10-2014 τ .Β΄ ).
4. Την αριθμ. Πρωτ. Φ.351.5/43/67822/Δ1/5-05-2014 Εγκύκλιο του Υπουργείου Παιδείας.
5. Τις διατάξεις του άρθρου 77 του Ν.4826/2021 (ΦΕΚ 160/Α΄/07-09-2021), με το οποίο τροποποιήθηκε το άρθρο 32 του Ν.4387/2016 (ΦΕΚ85/Α΄/ 12-05-2016)
6. Την υπ’αριθμ. 369060/23-09-2021 εγκύκλιο 54 της Γενικής Δ/νσης Παροχών & Υγείας του ΕΦΚΑ
7. Την υπ΄αριθμ………./…..-……-202… αίτηση του/της κ. ……………………,εκπαιδευτικού κλάδου ΠΕ……. ( ) του ……..Δημοτικού Σχολείου/ Νηπιαγωγείου …………, με ιατρική βεβαίωση, με την οποία αιτείται …… (…..) ημερών αναρρωτική άδεια, από ……-……-202…, για λόγους υγείας

 **Α π ο φ α σ ί ζ ο υ μ ε**

 Χ ο ρ η γ ο ύ μ ε στον/στην κ. …………., εκπαιδευτικό κλάδου ΠΕ…………( ) του …Δημοτικού Σχολείου /Νηπιαγωγείου …….., ……. (…..) ημέρες αναρρωτική άδεια, από ……-….-2021, με το ½ των αποδοχών του/της.

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**

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