|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| thyreos3-YPEPTH  ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ  ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ  Α/ΘΜΙΑΣ ΚΑΙ Β/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Α/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΦΘ/ΔΑΣ | | |  | Λαμία  Αρ. Πρωτ.: |
| Tαχ. Δ/νση | : |  |
| Τ.Κ. – Πόλη: | : |  |
| E-mail | : |  |
| Πληροφορίες | : |  |
| Τηλ | : |  |
|  |  |  |

**Κέρκυρα, ………………………**

**Αρ. Πρωτ.: ………………………**

**ΑΠΟΦΑΣΗ**

**ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας για ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο σε αναπληρωτή εκπαιδευτικό**

΄Εχοντας υπόψη:

1. Τo άρθρο 40 του Ν.4808/2021 (ΦΕΚ 101/Α/19-6-2021) «Για την προστασία της εργασίας… και λοιπές επείγουσες ρυθμίσεις», όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 96 του Ν.5043/2023.
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 ……../……../……….. ιατρική βεβαίωση του θεράποντος ιατρού.
4. Την από ......./……./……….αίτηση του/της κ. ………………………………………………………….,εκπαιδευτικού κλάδουΠ.Ε. ........-………………………..,του ………….. Δ.Σ./Νηπιαγ. ……………………………........, για χορήγηση **1/ήμερης** άδειας ετήσιου γυναικολογικού ελέγχου.

# ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

#### Χορηγούμε στον/στην κ ………………………………………………………,εκπαιδευτικό κλάδου Π.Ε. ……….-. ………………,του …………. Δ.Σ./Νηπιαγ. ………………της Διεύθυνσης Π.Ε Φθιώτιδας, **άδεια για ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο** με αποδοχές **μίας (1)** ημέρας στις **……/……/……….**

**Η Προϊσταμένη της Σχολικής μονάδας**

**ΧΟΥΛΙΑΡΑ-ΣΙΔΕΡΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ**

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1. ΔΠΕ Φθιώτιδας
2. Ενδιαφερόμενη
3. Αρχείο Σχολείου/Νηπιαγ.