****

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ** Θεσσαλονίκη : ……/....../…………

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ** Αρ. Πρωτ. : .............

**ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ**

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ**

**Α/ΘΜΙΑΣ ΚΑΙ Β/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ Κοινοποίηση**

**ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ** 1. ΔΔΕ Δυτικής Θεσσαλονίκης

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Β/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ** 2. Ενδιαφερόμενο/η

**ΔΥΤΙΚΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ** 3. Προσωπικό Μητρώο

Σχολείο : …………………………………………

Ταχ. Διεύθυνση : …………………………………………

Πληροφορίες : ………………………………………… **ΑΠΟΦΑΣΗ**

Τηλέφωνο : …………………………………………

e-mail : …………………………………………

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας προγεννητικών εξετάσεων»**

Ο Διευθυντής του …………….. Γ/Σ-ΓΕΛ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 40 του Ν.4808/2021(ΦΕΚ 101/τ.Α΄/19-06-2021)

2.Τις διατάξεις του Ν.3305/2005(ΦΕΚ 17/τ.Α΄/27-01-2005)

3.Την με αρ. πρωτ. Φ,353,1/26/153324/Δ1 Υ.Α. (ΦΕΚ2648/ τ.Β΄/07-10-2014) η οποία τροποποίησε την υπ΄αριθμ. Φ,353,1/324/105657/Δ1 Υ.Α. (ΦΕΚ1340/ τ.Β΄/08-10-2002) με θέμα: «Καθορισμός των ειδικότερων καθηκόντων και αρμοδιοτήτων…… των Διευθυντών & Υποδιευθυντών σχολικών μονάδων»

5.Την από …/…/… αίτηση τ… ενδιαφερόμεν….

6.Την από …/…/… βεβαίωση του θεράποντος ιατρού (ότι η εξέταση πρέπει να γίνει πρωινές ώρες και αποτελεί μέρος προγεννητικού ελέγχου)

7. Την από …/…/… βεβαίωση του ιατρικού κέντρου ότι η εξέταση έγινε πρωινή ώρα.

**Αποφασίζουμε**

Χορηγούμε στον/στην ................................................................. του ....................................... αναπληρωτή/τρια εκπαιδευτικό/ΕΕΠ/ΕΒΠ κλάδου ....................................... **άδεια για εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου** (……) ημέρας/ων, την ……/....../…………

**Ο/Η Διευθυντής/ντρια της σχολικής μονάδας**