****

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

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

**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 ασθένειας τέκνου σε αναλογία σύμβασης»**

*Έχοντας υπόψη:*

1. Τις διατάξεις της παρ.8 του άρθρου 53 του Ν.3528/2007(ΦΕΚ26/τ.Α΄/26-02-2007), όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 76 του Ν.4590/2019(ΦΕΚ17/τ.Α΄/07-02-2019)
2. Τις διατάξεις του άρθρου 23 του Π.Δ.410/1988, όπως τροποποιήθηκε με την παρ.7, άρθρο 47 του Ν.4674/2020 (Φ.Ε.Κ.53/τ.Α΄/11-03-2020)
3. Την υπ’ αριθμ. 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»
4. Την υπ’ αριθμ.Φ.351.5/43/67822/Δ1/05-05-2014 εγκύκλιο του Υ.Π.ΠΑΙ.Θ. με θέμα: «Άδειες εκπ/κών Α/θμιας & Β/θμιας εκπ/σης»
5. Την από **…/…/…** ιατρική γνωμάτευση
6. Την από **…/…/…** αίτηση τ… ενδιαφερομεν…& το πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης

**Αποφασίζουμε**

Τη χορήγηση **άδειας ασθένειας τέκνου** ……**……… (…) ημερ….(σε αναλογία της σύμβασης)** **από …/…/……. έως …/…/……,** στ… …………………………………………του ………………, αναπληρωτ… τακτικού προϋπολογισμού, κλάδου ……, που υπηρετεί στο ………………………………. της Δ/νσης Δ.Ε. Δυτικής Θεσσαλονίκης.

**Ο/Η Διευθυντής/ντρια**