|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ,ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ  ΠΕΡ/ΚΗ Δ/ΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ & ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ  **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΑΙΤ/ΝΙΑΣ**  ΤΜΗΜΑ Γ΄- ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ | |  | Ι. Π. Μεσολογγίου, / / 2023  **Αρ. πρωτ.:Δ.Υ** | |
|  | |
| **ΠΡΟΣ:** | **ΨΥΧΙΑΤΡΟ** |
| Ταχ. Δ/νση : Τραυλαντώνη 2 , 30200, Μεσολόγγι  Πληροφορίες : Μαρία Χαντζανδρέου  Τηλ. : 2631050270  E-mail : [mail@dipe.ait.sch.gr](mailto:mail@dipe.ait.sch.gr)  Ιστοσελίδα : <http://dipe.ait.sch.gr> | |
|  |  |
|  | **ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ ΠΡΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟ**  Παρακαλούμε όπως εκδώσετε Ιατρική Γνωμάτευση σύμφωνα με το άρθρο 7 παρ. 2 του ν.3528/2007(ΦΕΚ 26/τ.Α/9-2-2007 όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 7 παρ.1 του Ν.4210/2013(ΦΕΚ 254/Α/21-11-2013) για τον/την …………………………………………….του **……………………..**, που έχει προσληφθεί ως μόνιμος/η εκπαιδευτικός, στην οποία θα πρέπει να πιστοποιείται η ψυχική υγεία/καταλληλότητα του/της προκειμένου να ασκήσει τα διδακτικά του/της καθήκοντα της ειδικότητάς του/της ( κλάδου ΠΕ……,) σε σχολικές μονάδες της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης Αιτ/νίας.  Γι’ αυτό το λόγο παρακαλείται ο/η νεοδιοριζόμενος/η να προσκομίσει στην υπηρεσία μας το παρόν έγγραφο υπογεγραμμένο από τον αρμόδιο Ιατρό ότι έλαβε γνώση, μαζί με την Ιατρική Γνωμάτευση.      **Ο Διευθυντής**  **Ημερομηνία:………./……./2023**  **Έλαβα γνώση**  (Σφραγίδα-Υπογραφή Ιατρού)    **Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης Αιτ/νίας**    **Νικόλαος Χ. Δελέγκος** | | | |
|  |  | | | |