**** ……………………., …./…../20….

#  Αριθ. Πρωτ:…………………

# ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

# YΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

# ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

# ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ Π/ΘΜΙΑΣ ΠΡΟΣ: Δ/νση Π/θμιας Εκπ/σης

# & Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ Αιτωλ/νίας

# Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΑΙΤΩΛ/ΝΙΑΣ Υπεύθυνη αδειών αναπληρωτών

# ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ:…………………….. (μέσω Τμήματος Γ’ Προσωπικού)

# ή ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ:……………………………. tm.espa@dipe.ait.sch.gr

# Ταχ. Δ/νση:…………………………………….. Τραυλαντώνη 2, 30200 ΜΕΣΟΛΟΓΓΙ

# Πληροφορίες:………………………………….

# Τηλέφωνο:…………………………………… ΑΠΟΦΑΣΗ

# Emai:…………………………………………….

ΘΕΜΑ: Χορήγηση αιμοδοτικής άδειας σε εκπαιδευτικό λειτουργό

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 81 του ν. 4589/2019 (Φεκ 13 τ.Α’/29-01-2019)
2. Την αριθμ. Φ.351.5/43/67822/Δ1/05-05-2014 εγκύκλιο του Υπουργείου Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων που αφορά τις άδειες εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.
3. Το αριθμ. Φ.351.5/85/162843/Δ1/09-10-2014 έγγραφο του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων που αφορά τη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων στους Διευθυντές/Προϊσταμένους των σχολικών μονάδων σχετικά με τη χορήγηση αδειών.
4. Την από 21-6-2000/Φ908/Η/11129 εγκύκλιο του ΥΠΕΠΘ με θέμα: <Διευκόλυνση υπαλλήλων που προσφέρουν αίμα>.
5. Την από ……………..αίτηση του/της ………………………του Δημοτικού Σχολείου/Νηπιαγωγείου………….

α π ο φ α σ ί ζ ο υ μ ε

 Χ ο ρ η γ ο ύ μ ε στον ……………………Εκπ/κό Λειτουργό Π.Ε.70 δύο (02) ημέρες αιμοδοτική άδεια στις ……………………………….σύμφωνα με την ιατρική βεβαίωση του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου……………………….

 ….. Διευθυντ…./Προϊσταμεν…. του σχολείου

# ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

# 1.Διευθυντή Σχολείου

# 2.Ενδιαφερόμενο εκπαιδευτικό

# 3.Π.Μ. Υπαλλήλου