**ΑΙΤΗΣΗ**

Του /της …………………………………………….

Οργανική Θέση: ……………………………………………..

Υπηρετεί: ………………………………………………

Κλάδου:……………………………………..

Δ/νση ………………………………………. ……………………………………………….

Τηλέφωνο …………………………………..

Email:………………………………………..

Θέμα: «Χορήγηση άδειας άνευ αποδοχών για το σχολικό έτος 20..…-20……»

Τόπος: ……………………………………

Ημερομηνία: ……………………………..

**ΠΡΟΣ**

Περ/κή Δ/νση ΠΕ & ΔΕ Κ. Μακεδονίας

 ΑΠΥΣΔΕ

(Διά του Δ/ντή Σχολ. Μονάδας και του Δ/ντή της ΔΔΕ Ν. Χαλκιδικής)

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια άνευ αποδοχών βάσει του άρ. 16, περ.Ε΄ του ν. 1566/85 και όπως αυτό τροποποιήθηκε, από ………………… έως και …………………………………………………,

λόγω ………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Ο αιτών / Η αιτούσα

Δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω ενημερωθεί για τα κάτωθι:

1.Ο χρόνος της άδειας άνευ αποδοχών δεν αποτελεί χρόνο συντάξιμης υπηρεσίας πέραν του ενός μήνα ανά ημερολογιακό έτος, και για το διάστημα αυτό του συντάξιμου χρόνου οι ασφαλιστικές εισφορές (εργοδότη & ασφαλισμένου θα παρακρατηθούν από την τακτική μου μισθοδοσία με την επιστροφή μου στην υπηρεσία, μετά τη λήξη της άδειάς μου.

2. Εφόσον επιθυμώ να αναγνωρίσω τον μη συντάξιμο χρόνο της άνευ αποδοχών για τον οποίο δεν έχουν παρακρατηθεί οι αναλογούσες εισφορές για κύρια σύνταξη Δημοσίου, ως συντάξιμο χρόνο, θα πρέπει να υποβάλλω σχετική αίτηση στην αρμόδια 42η Δ/νση του Γ.Λ.Κ., Κάνιγγος 29, 10110 Αθήνα, α) για το αν είναι συντάξιμη υπηρεσία η εν λόγω άνευ αποδοχών και β) για τον υπολογισμό του ποσού της ενδεχόμενης εξαγοράς του χρόνου αυτού.

3. Εφόσον επιθυμώ να διατηρήσω την υγειονομική μου περίθαλψη κατά το διάστημα της άνευ αποδοχών, θα πρέπει να απευθυνθώ στον ΟΠΑΔ προκειμένου να καταβάλω τις σχετικές εισφορές. Διαφορετικά θα πρέπει να καταθέσω τα βιβλιάρια υγείας, τόσο του άμεσα ασφαλισμένου όσο και των έμμεσα ασφαλισμένων μελών, στον ΟΠΑΔ. (τηλ. επικοιν. Με τον ΟΠΑΔ Πολυγύρου 2371021845)

 Ημερομηνία: ………………………….. Ο Δηλών/δηλούσα