ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο: ……………………………….....

Όνομα: …………………………………..….

Βαθμός: ……………...…………………..…

Μ.Κ.: ……………………………………..…

Κλάδος: …………………………...………..

Οργ. Θέση: …………………………………

Υπηρετεί: ……………………..…………….

«Χορήγηση **άδειας άνευ αποδοχών** ανατροφής παιδιού έως 8 ετών»

# ΑΛΛΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Συνολικός χρόνος υπηρεσίας: ………………..

Ο/Η σύζυγος εργάζεται ως:

α) δημόσιος υπάλληλος

β) ιδιωτικός υπάλληλος

γ) ελεύθερος επαγγελματίας

άλλο: ……………………….

Δ/νση κατοικίας: ………………………………………………………………………………………………………….

Τηλ.: ……………………………….....................

Κιν. ……………………………………………….

Email:

Ημερομηνία: ………………………………………..

Για τους υπαλλήλους που έχουν έως 2 τέκνα και δικαιούνται την άδεια του πρώτου εδαφίου, η υπηρεσία που βαρύνεται με την υποχρέωση μισθοδοσίας του υπαλλήλου, υποχρεούται να καταβάλλει στον γονέα μηνιαίως, για κάθε τέκνο, ποσό ίσο με τον ελάχιστο νομοθετημένο μισθό, για τους 2 πρώτους μήνες της άδειας.

## ΠΡΟΣ

**Δ/νση Δ/θμιας Εκπ/σης Ν. Χαλκιδικής**

**(Διά του Δ/ντή του Σχολείου ……………………………………………………**

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια **άνευ αποδοχών,** για ανατροφή παιδιού σύμφωνα με την περ.Ε', παρ.2, άρθρο 16 του ν.1566/1985 και

τα άρθρα 51 παρ. 2 & 53 του Ν. 3528/2007 από………….…...... έως ….……………… διότι …………………………………………………………………………………………………………

Μαζί υποβάλλω και:.

1) Ληξιαρχική πράξη γέννησης του παιδιού

2) Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης

3) Υπεύθυνη δήλωση ότι:

α) δεν έχω εξαντλήσει την 5ετία της άνευ αποδοχών

β) Υπεύθυνη δήλωση ότι η/ο σύζυγος δε βρίσκεται σε άδεια άνευ αποδοχών για ανατροφή παιδιού στο ίδιο χρονικό διάστημα.

Ο/Η αιτών/ούσα

………………………………………………..

Δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω ενημερωθεί για τα κάτωθι:

1.Ο χρόνος της άδειας άνευ αποδοχών δεν αποτελεί χρόνο συντάξιμης υπηρεσίας και ως εκ τούτου για το διάστημα αυτό δεν θα παρακρατηθούν οι ασφαλιστικές εισφορές (εργοδότη & ασφαλισμένου) από την τακτική μου μισθοδοσία. Εφόσον επιθυμώ να αναγνωρίσω ως συντάξιμο το 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.

2. Εφόσον επιθυμώ να διατηρήσω την υγειονομική μου περίθαλψη κατά το διάστημα της άνευ αποδοχών, θα πρέπει να απευθυνθώ άμεσα 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).

3. Σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ.2 περιπτ.γ) του άρθρου 15 του Ν.3205/2003 & τις διατάξεις του άρθρου 51 του Ν.3528/2007 παρ. 1 & 4, ο ένας μήνας ανά ημερολογιακό έτος της άδειας άνευ αποδοχών προσμετράται για μισθολογική-βαθμολογική εξέλιξη μόνο.

Ημερομηνία: ………………………….. Ο/Η Δηλ…………….