|  |  |
| --- | --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η**  ΕΠΩΝΥΜΟ:…………………………………………..  ΟΝΟΜΑ: ……………………………………………..  ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:……………..……….……………  ΚΛΑΔΟΣ: ……………………………………………. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ……………………………………….  ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:………………………………  ΣΧΟΛΕΙΟ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΘΕΣΗΣ:  …………………………………………………………..  ΣΧΟΛΕΙΟ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ:  …………………………………………………………  Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:  ΟΔΟΣ…………………….......ΑΡΙΘΜΟΣ……………  ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ………………………………………..  ΠΟΛΗ…………………….......ΝΟΜΟΣ…………......  TΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ: ………………………………  TΗΛΕΦΩΝΟ ΚΙΝΗΤΟ: ……………………………..  **ΘΕΜΑ: «ΓΟΝΙΚΗ ΑΔΕΙΑ ΛΟΓΩ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΕΚΝΟΥ»**  ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :……/….../ ..…. | **ΠΡΟΣ**  **ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ 7ΟΥ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ**  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε γονική **άδεια** λόγω ασθένειας τέκνου του παιδιού μου ………………......……………………….  Στις ……………………………  Συνημμένα:  □ Βεβαίωση ιατρού  □Κοινή δήλωση των δύο γονέων όπου θα καθορίζεται ποιος από τους δύο θα κάνει χρήση της **γονικής άδειας** λόγω ασθένειας τέκνου  Ο/Η αιτ......  …………………………………  (Υπογραφή ) |

.

  
**ΚΟΙΝΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται µε αυτή τη δήλωση µπορεί να ελεγχθεί µε βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

**A.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΠΡΟΣ(1): | **ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ 7ΟΥ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ** | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 - Η Όνοµα: |  | | | | | Επώνυµο: | | |  | | | | | | |
| Όνοµα και Επώνυµο Πατέρα: | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Όνοµα και Επώνυµο Μητέρας: | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Ηµεροµηνία γέννησης(2): | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Αριθµός Δελτίου Ταυτότητας: | | |  | | Τηλ: | | | | |  | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | |  | | Οδός: | | |  | | | | | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεοµοιοτύπου(Fax): | | |  | | | | | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδροµείου (Εmail): | | |  | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**B.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΠΡΟΣ(1): | **ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ 7ΟΥ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ** | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 - Η Όνοµα: |  | | | | | Επώνυµο: | | |  | | | | | | |
| Όνοµα και Επώνυµο Πατέρα: | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Όνοµα και Επώνυµο Μητέρας: | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Ηµεροµηνία γέννησης(2): | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Αριθµός Δελτίου Ταυτότητας: | | |  | | Τηλ: | | | | |  | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | |  | | Οδός: | | |  | | | | | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεοµοιοτύπου(Fax): | | |  | | | | | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδροµείου (Εmail): | | |  | | | | |

Με ατοµική µας ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις(3), που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνουμε ότι:

θα κάνει χρήση της της γονικής άδειας λόγω ασθένειας τέκνου η μητέρα/ο πατέρας.   
…………………………………………………………………………………………………………………………………………  
ο άλλος γονέας έχει κάνει ήδη χρήση στην υπηρεσία όπου εργάζεται, ……………………(…..) ημέρες της δικαιούμενης από κοινού άδειας των …. ημερών

Ημερομηνία: ......./…...../.........

Οι Δηλoύντες

**Α.**

**Β.**

(Υπογραφή)