ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΤΑΞΗΣ ΓΙΑ ΑΠΟΔΕΔΕΙΓΜΕΝΑ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΣΟΒΑΡΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΑΔΑ: 6Β6Γ46ΜΤΛΗ-ΕΒ4

Σύμφωνα με το αριθμ.96784/Ε2/22-7-2020 έγγραφο του Υ.ΠΑΙ.Θ. (ΑΔΑ:ΩΝΙΦ46ΜΤΛΗ-Ι33), «Διαδικασία μετατάξεων εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης σε άλλες δημόσιες υπηρεσίες για λόγους υγείας»

`

Διεύθυνση υποβολής/αποστολής αίτησης

ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ ΚΛΑΔΟΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ

ΟΝΟΜΑ ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ ΠΕΡΙΟΧΗ ΜΕΤΑΘΕΣΗΣ

ΒΑΘΜΟΣ

ΦΕΚ ΔΙΟΡΙΣΜΟΥ

ΜΙΣΘ. ΚΛΙΜΑΚΙΟ

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΤΗΛΕΦ. ΟΙΚΙΑΣ:

ΟΔΟΣ

ΑΡΙΘ. ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΠΟΛΗ, ΔΗΜΟΣ Ή ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

e-mail:

Τ.Κ.

ΝΟΜΟΣ

Αιτούμαι μετάταξης για αποδεδειγμένα ιδιαίτερα σοβαρούς λόγους υγείας και συναφώς σας γνωρίζω ότι οι λόγοι που καθιστούν αναγκαία τη μετάταξη σε μία/έναν εκ των υπηρεσιών/φορέων, σύμφωνα με τις παρακάτω προτιμήσεις μου, είναι οι ακόλουθοι:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΑΦΟΡΑ**  **(επιλέξτε με Χ)** | | **ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΚΕΠΑ** | **ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΚΕΠΑ** | **ΑΛΛΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ** |
| **στον ΙΔΙΟ** |  |  |  |  |
| **στο/στη ΣΥΖΥΓΟ** |  |  |  |  |
| **στο ΤΕΚΝΟ** |  |  |  |  |
| **στο ΓΟΝΕΑ** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΚΛΑΔΟΣ/ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ** | **ΛΕΚΤΙΚΟ ΚΛΑΔΟΥ/ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ** | **ΥΠΗΡΕΣΙΑ/ΦΟΡΕΑΣ** | **ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ1

Αριθμ. εγγράφων: ……..

Αριθμ. σελίδων: ………..

Ημερομηνία.................

Ο/Η ΑΙΤ..........................

ΑΔΑ: 6Β6Γ46ΜΤΛΗ-ΕΒ4

1 Συμπληρώνεται μόνον για επιπλέον ιατρικά δικαιολογητικά (όχι Κ.Ε.Π.Α.), τα οποία θα αποστέλλονται με ευθύνη του ενδιαφερόμενου ταχυδρομικά σε κλειστό φάκελο με την ένδειξη «Εμπιστευτικό».