**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1Γ**

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

**ΓΙΑ «ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΣΤΗΡΙΞΗ» ΑΠΟ ΣΧΟΛ.ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ****ΓΟΝΕΑ /ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ\*** *Η ακρίβεια των στοιχείων μου μπορεί να ελεγχθεί από το αρχείο των υπηρεσιών (σχολ.Μονάδα, Δ/νση Εκπ/σης)*ΕΠΩΝΥΜΟ: ……………………………………………………..ΟΝΟΜΑ: …………………………………………………………ΟΔΟΣ: ……………………………………………………………..…ΑΡΙΘΜΟΣ: ………………. Τ.Κ. …………………………ΠΕΡΙΟΧΗ: ………………………………………….………….…..Τηλ. σταθ.: ……………………………………….………………Τηλ. κινητό: ………………………………………………………. | Αρ. Πρωτ.: ……………………………….Ημερομηνία: …………………………..**ΠΡΟΣ**Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής & Εκπαίδευσης του Υπ. Παιδείας και Θρησκευμάτων**Διά** **του** ……………………………………………………………*(Ονομασία Σχ. Μονάδας)* |

|  |
| --- |
| *\*Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση υποβολής της αίτησης κατόπιν «ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗΣ» .*Ονοματεπώνυμο Εξουσιοδοτούντος:Ιδιότητα Εξουσιοδοτούντος: γονέας 🞎 ο έχων τη γονική μέριμνα 🞎 φορέας έχων τη γονική μέριμνα 🞎 Ημ/νία Εξουσιοδότησης: ……./……. /……………Η Εξουσιοδότηση συμπληρώθηκε μέσω: Gov.gr 🞎 Δημόσιας υπηρεσίας 🞎 ΚΕΠ 🞎 Αστυνομικής Αρχής |

Παρακαλώ όπως προβείτε στις δέουσες ενέργειες αρμοδίως, για την έγκριση στήριξης από Σχολικό Νοσηλευτή του/της μαθητή/τριας ………………………………………………….………………………...………………………… του ….………………….…….………………… και της ….…………………….…………………………., έτος γέννησης ………………, **που θα φοιτήσει κατά το σχολικό έτος 2023-2024(1) ,** στην …………….. τάξη, του ……………….…………………………………………………………..…....................................... *(ονομασία Σχ. Μονάδας)*.

 **(1) ΣΗΜΕΙΩΣΗ:**

* Εφόσον ο μαθητής/τρια έχει κριθεί «ΜΕΤΕΞΕΤΑΣΤΕΟΣ», τότε στην αναγραφή της τάξης για το 2023-24 θα περιγραφεί «ΜΕΤΕΞΕΤΑΣΤΕΟΣ στην (Α΄, Β΄) τάξη (αφορά στην Β/θμια Εκπ/ση).
* Στην περίπτωση που ο μαθητής/τρια κρίθηκε για «ΕΠΑΝΑΦΟΙΤΗΣΗ», τότε στην αναγραφή της τάξης για το 2023-24 θα περιγραφεί «ΕΠΑΝΑΦΟΙΤΗΣΗ σε (ΝΗΠΙΟ, Α΄, Β΄, Γ΄……) τάξη (αφορά Α/θμια & Β/θμια Εκπ/ση).

***Παρακαλούμε να συμπληρωθούν όλα τα πεδία:***

|  |
| --- |
|  **ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ** |

**ΦΟΡΕΑΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ** *(ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ)*

*………………………………………………………………………………………………………………………………*

**Ημερομηνία:** ………………………………..…*(Έως 6 μήνες πριν την ημ/νία αίτησης)*

**Αρ. Πρωτ. :** *……………………………………………* **ή Αριθμός «ραβδωτού κώδικα» (barcode)** *………………………………(εφόσον έχει εκδοθεί μέσω ΗΔΙΚΑ»*

**Επισυνάπτω πρωτότυπη γνωμάτευση Δημόσιου Νοσοκομείου:** 🞎

 **ΑΔΥΜ**

Στην περίπτωση αιτήματος για υποστήριξη από Σχολικό Νοσηλευτή, βεβαιώνω ότι το ΑΔΥΜ του τέκνου μου είναι αναλόγως επικαιροποιημένο και συμπληρωμένο ως προς τα προβλήματα υγείας και τις οδηγίες περιορισμών. 🞎 ΝΑΙ

|  |
| --- |
| ΕΓΚΡΙΣΗ-ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΡΙΞΗΣ **ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΥ ΣΧ. ΕΤΟΥΣ *(2022-2023)*** |

Είδος στήριξης:

🞎 Παράλληλη Στήριξη

🞎 ΕΒΠ

🞎 ΣΧ. ΝΟΣ.

Έγκριση στήριξης προηγούμενου σχολικού έτους: 🞎 ΝΑΙ 🞎 ΟΧΙ

Υλοποίηση στήριξης προηγούμενου σχολικού έτους: 🞎 ΝΑΙ 🞎 ΟΧΙ

|  |
| --- |
| **ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ****Δηλώνω υπεύθυνα** και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (1), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, ότι:1. όλα τα στοιχεία της αίτησής μου είναι ακριβή και αληθή 🞎
2. **δεν** έχω κάνει αίτηση για άλλο είδος στήριξης της παρούσας εγκυκλίου με αρ. πρωτ. 62191/Δ3/2-6-2023 🞎
3. **έχω λάβει γνώση** των περιεχομένων της παρούσας εγκυκλίου και των περιγραφόμενων στην Ενότητα «Β. Γενικές Επισημάνσεις» του ΚΕΦ. Δ΄ της παρούσας εγκυκλίου🞎

(1) Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.  Ο/Η Αιτών/ούσα……………………………………………………………. *(Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή)*  |