|  |
| --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΣΠΑΣΗΣ ΝΕΟΔΙΟΡΙΣΤΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΕΕΠ-ΕΒΠ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΔ. ΕΤΟΣ 2024-2025** |
| *Η ΑΙΤΗΣΗ ΑΥΤΗ ΕΠΕΧΕΙ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ (ν.1599/1986)* |
| **ΑΦΜ:**  |  |  |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:**  | **ΟΝΟΜΑ:** | **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** |
| **ΚΛΑΔΟΣ:**  | **Δ/ΝΣΗ/ΠΔΕ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ:** |
| **ΠΕΡΙΟΧΗ/ΣΔΕΥ ΔΙΟΡΙΣΜΟΥ:** |
| **ΝΟΜΟΣ: ΠΟΛΗ:**  | **ΟΔΟΣ:**  | **ΑΡΙΘΜΟΣ: ΤΚ:**  |
| **ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ:** | **email:** |
|  |
| **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ** (συμπληρώνεται κάτωθι με ναι/όχι) |
| **ΑΓΑΜΟΣ:** | **ΕΓΓΑΜΟΣ/ΣΥΜΦΩΝΟ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ:**  | **ΣΕ ΔΙΑΖΕΥΞΗ/ΔΙΑΣΤΑΣΗ:** |
| **ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ** **(ανήλικα ή σπουδάζοντα):**  |  | **ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΤΕΚΝΩΝ** (ναι/όχι): |
|  |  |  |
| **ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ** |
| **ΠΕΡΙΟΧΕΣ Ή ΣΔΕΥ-ΚΕΔΑΣΥ:** |
| **1.** |
| **2.** |
| **3.** |
| **4.** |
| **5.** |
| **ΕΙΔΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ** |
| Ειδική κατηγορία (1. ασθένεια τέκνου, 2. πολυτεκνία, 3.αναπηρία τέκνου 67% & άνω 4. ασθένεια ιδίου ή συζύγου 5. αναπηρία ιδίου ή συζύγου 75% & άνω): | (συμπληρώνεται με 1, 2, 3, 4 ή 5): |
| Περιγραφή ειδικής κατηγορίας:  |   |
| ΑΜ ΚΕΠΑ / Αρ. Υγειον. Επιτροπής (ΥΕ): |   |
| **(ή**) Αρ. Επιτροπής (ΑΣΥΕ) / ημερ. λήξης:  |   |
|  |   |
|  |
| **Υποβάλλω συνημμένα:** |   |
| **1.** |
| **2.** |
| **3.** |
| **4.** |
|  |  |
|  |  |
| **Ημερομηνία:** |  |
| **Ο/Η ΑΙΤ…………..** |  |
|  |  |