|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 συζύγου5. 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…………..** |  | |
|  |  | |