**Α Ι Τ Η Σ Η**

**Ατομικά Στοιχεία**

Επώνυμο: ........................................................

Όνομα: .......................................................

Όνομα πατέρα: ................................................

Όνομα μητέρας: ..............................................

Δ/νση κατοικίας: ..............................................

 .........................Τ.Κ. .............

Τηλέφωνα επικοινωνίας:

(σταθερό) ..........................................................

(κινητό) ..............................................................

Δ/νση ηλεκτρ. ταχυδρομείου (e mail):

...........................................................................

**Υπηρεσιακά στοιχεία**

Α.Μ. ............................................

Ειδικότητα: ........................................................

Κλάδος: ΠΕ ...........

Οργανική Θέση:

............................................................................

**Θέμα:** «Απόσπαση εντός Π.Υ.Σ.Π.Ε.

 σε Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής

 & Εκπ/σης (Σ.Μ.Ε.Α.Ε.) ή σε Τμήματα

 Ένταξης (Τ.Ε.) για το διδακτικό έτος

 20 … - 20 … »

................................., ..... / ...... / 20 ........

**ΠΡΟΣ:** το Π.Υ.Σ.Π.Ε. Αρκαδίας

 (δια της Διεύθυνσης

 Α/θμιας Εκπ/σης Αρκαδίας)

 28ης Οκτωβρίου 29 (3ος όροφος),

 Τρίπολη

 22131-ΤΡΙΠΟΛΗ

 Παρακαλώ όπως με αποσπάσετε **για το διδακτικό έτος 20 … -20 …** σε μία από τις παρακάτω **Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής & Εκπ/σης (Σ.Μ.Ε.Α.Ε.) ή Τμήματα Ένταξης (Τ.Ε.):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Α/Α** | **ΟΝΟΜΑΣΙΑ****ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ** **ή ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟΥ** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ΔΗΛΩΣΗ αυτή επέχει θέση Υπεύθυνης Δήλωσης (του Ν.1599/1986,

ΦΕΚ 75 Α΄) και όλα τα δηλούμενα στοιχεία πρέπει να είναι ακριβή.

Σε περίπτωση ένστασης, η τοποθέτησή σας ακυρώνεται και τίθεστε στη διάθεση

του Π.Υ.Σ.Π.Ε.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ΜΟΡΙΑ****(η στήλη συμπληρώνεται από την Yπηρεσία)** |
| ΧΡΟΝΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:(συμπληρώνεται από την Υπηρεσία) | ...... Ε, ....... Μ, ....... ΗM |  |
| ΕΓΓΑΜΟΣ\*: | ............................ |  |
| ΠΑΙΔΙΑ: (ολογράφως) | ............................ |  |
| ΕΝΤΟΠΙΟΤΗΤΑ:(για Δήμο Ν. Αρκαδίας) | ................................. |  |
| ΣΥΝΥΠΗΡΕΤΗΣΗ:(για Δήμο Ν. Αρκαδίας) | ............................... |  |
| ΔΥΣΜΕΝΕΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ:(συμπληρώνεται από την Υπηρεσία) |  |  |
| **ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ:**  |  |  |
| ΣΥΝΟΛΟμε εντοπιότητα-συνυπηρέτηση: | για Δήμο....................... |  |
| ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ: | 1ο......... 2ο.......... 3ο.........  |  |
| ΑΔΕΙΑ\*\*:(κύησης, τοκετού, ανατροφής)  | ............................ |  |
| ΕΙΔΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ\*: | ............................ |  |

\* Συμπληρώστε με **ΝΑΙ** ή **ΟΧΙ**

\*\* Συμπληρώστε εάν προτίθεστε να πάρετε

 άδεια

 Διότι ……………………..……………………

 …………………………..……………………

 …………………….….……..……………….

 ………………….…….………………………

 ……………….………………………………

 ….………………………….…………………

 …….….………………………………………

 …….…….……………………………………

 …….…….……………………………………

 …….…….……………………………………

 …….…….……………………………………

 …….…….……………………………………

 …….…….……………………………………

 …….…….……………………………………

Συνημμένα:

Ο/Η Αιτών/ούσα

..............................................

(Ονοματεπώνυμο)