**ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΣΠΑΣΗΣ/ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΕΝΤΟΣ ΠΥΣΠΕ ΣΕΡΡΩΝ**

(Η αίτηση επέχει θέση και υπεύθυνης δήλωσης)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Α.Μ.** |  | **Κλάδος** |  |
| **Επώνυμο** |  | **Όνομα** |  |
| **Οργανική Θέση** |  |
| **Τηλ. επικοινωνίας (κινητό)** |  | **Τηλ. επικοινωνίας (σταθερό)** |  |

**ΖΗΤΩ ΑΠΟΣΠΑΣΗ/ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΣΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΧΟΛΕΙΑ ΤΟΥ ΠΥΣΠΕ ΣΕΡΡΩΝ**

**ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΟΛΟΥΘΗ ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ονομασία σχολικής μονάδας** | **\*Μόρια** |  | **Ονομασία σχολικής μονάδας** | **\*Μόρια** |
|  |  |  | 11. |  |  |
|  |  |  | 12. |  |  |
|  |  |  | 13. |  |  |
|  |  |  | 14. |  |  |
|  |  |  | 15. |  |  |
|  |  |  | 16. |  |  |
|  |  |  | 17. |  |  |
|  |  |  | 18. |  |  |
|  |  |  | 19. |  |  |
|  |  |  | 20. |  |  |

**\*Σ*υμπληρώνεται από την υπηρεσία***

**Μοριοδότηση**

***(Συμπληρώνεται από την υπηρεσία)***

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΙΔΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ****(αναγράφεται η σχετική νομοθεσία):** |  |
| ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ: **ETH**: **ΜΗΝΕΣ:ΗΜΕΡΕΣ:** |  |
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: |  |
| ΛΟΓΟΙ ΥΓΕΙΑΣ ΙΔΙΩΝ ΣΥΖΥΓΟΥ ΤΕΚΝΩΝ |  |
| **ΣΥΝΟΛΟ ΜΟΡΙΩΝ (1)** |  |
|  |  |
| **ΕΝΤΟΠΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΔΗΜΟ** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |
| **ΣΥΝΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΣΤΟΝ ΔΗΜΟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |  |
| ΛΟΓOI ΥΓΕΙΑΣ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΟΝ ΔΗΜΟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| ΛΟΓΟI ΥΓΕΙΑΣ ΑΔΕΛΦΩΝ ΣΤΟΝ ΔΗΜΟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

**Κριτήρια μοριοδότησης**

***(Συμπληρώνεται από τον/την εκπαιδευτικό)***

**1. Οικογενειακοί λόγοι (σημειώστε με 🗸 εκτός κι αν ζητείται αριθμητικό δεδομένο)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Έγγαμος |  |  Επιμέλεια τέκνων  |  |  |  |
| Διαζευγμένος |  |  Αριθμός ανήλικων τέκνων |  |  |
| Σε διάσταση |  |  Αριθμός τέκνων που σπουδάζουν |  |
| Σε χηρεία |  |  |  |
| Μονογονεϊκή οικ. |  |  |  |  |

**2. Εντοπιότητα**

|  |  |
| --- | --- |
| Δήμος |  |

 **3. Συνυπηρέτηση**

|  |  |
| --- | --- |
| Δήμος |  |

**4. Ειδική κατηγορία μετάθεσης** (Σημειώστε την περίπτωση)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Λόγοι υγείας(σημειώστε με🗸)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Λόγοι υγείας ιδίων | Αναπηρία 50%-66% |  |  Λόγοι υγείας συζύγου | Αναπηρία 50%-66% |  |
| Αναπηρία 67%-79% |  | Αναπηρία 67%-79% |  |
| Αναπηρία 80% και άνω |  | Αναπηρία 80% και άνω |  |
|  |
| Λόγοι υγείας τέκνων | Αναπηρία 50%-66% |  |  |  |  |
| Αναπηρία 67%-79% |  |  |  |  |
| Αναπηρία 80% και άνω |  |  |  |  |
|  |
| Λόγοι υγείας γονέωνστον ΔΗΜΟ\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Αναπηρία 50%-66% |  |  Λόγοι υγείας  αδελφών στο Δήμο\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Αναπηρία 67% και άνω με απόφαση επιμέλειας |  |
| Αναπηρία 67% και άνω |  |
|  |  |

**Παρατηρήσεις:**

|  |
| --- |
|  |
|  | Σέρρες, ………/…….…/20…. (υπογραφή αιτούντος) |