# 

# ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ Πάτρα, … - … - 2024

### ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΠΕΛ/ΣΟΥ

ΔΥΤ/ΕΛΛΑΔΑΣ & ΙΟΝΙΟΥ Αριθ. Πρωτ:

ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

### ………………………………..

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ……………….

ΤΜΗΜΑ …………………..

Ταχ.Δ/νση : …………………….

Ταχ.Κώδ. : ……………….

Πληροφ : …………………

Τηλέφωνο : ………………….

### e-mail: …………………………

**ΘΕΜΑ**. «Χορήγηση ειδικής άδειας έξι (6) εργάσιμων ημερών με αποδοχές επιπλέον της κανονικής άδειας στον/στην υπάλληλο …………………………………. κατηγορίας/κλάδου ………………………………, της παρ. 3 του άρθρου 50 του Ν. 3528/07»

**ΑΠΟΦΑΣΗ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του **Ν. 3852/2010** (ΦΕΚ 87/Α΄/7-6-2010) «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης– Πρόγραμμα Καλλικράτης».
2. Τις διατάξεις του **Π.Δ 139/27-12-2010** (ΦΕΚ.232/Α/2010) «Οργανισμός της Αποκεντρωμένης Διοίκησης Πελοποννήσου - Δυτικής Ελλάδας και Ιονίου».
3. Τις διατάξεις του άρθρου **28** του **ν.4325/2015** «Εκδημοκρατισμός της Διοίκησης Καταπολέμηση Γραφειοκρατίας και Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση. Αποκατάσταση αδικιών και άλλες διατάξεις» (**ΦΕΚ 47/τ.Α’/11.05.2015**).
4. Τις διατάξεις του άρθρου **24** του **ν.4368/2016** «Μέτρα για την επιτάχυνση του Κυβερνητικού Έργου και άλλες διατάξεις» (**ΦΕΚ 21/τ.Α΄/21.02.2016**), με το οποίο προστέθηκε άρθρο 28 Α στο ν.4325/2015 (ΦΕΚ 47/Α΄).
5. Την υπ’ αριθμ. **34021/25-05-2022** απόφαση του Υπουργού Εσωτερικών περί ορισμού ασκούντος καθήκοντα Συντονιστή της Αποκεντρωμένης Διοίκησης Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος και Ιονίου, η οποία δημοσιεύτηκε στο **ΦΕΚ 435/τ.ΥΟΔΔ/26-05-2022 (ΑΔΑ:ΨΡΤΞ46ΜΤΛ6-ΩΒΝ)**.
6. Την υπ’ αριθμ. **2493/13-01-2023** απόφαση του Συντονιστή Αποκεντρωμένης Διοίκησης Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας και Ιονίου (**ΦΕΚ 104/τ.Β’/16-01-2023 – ΑΔΑ: ΩΖΜΩΟΡ1Φ-Λ2Σ**) περί μεταβίβασης δικαιώματος υπογραφής «Με εντολή Συντονιστή» στον προϊστάμενο της Γενικής Διεύθυνσης Εσωτερικής Λειτουργίας και στους προϊσταμένους των Υπηρεσιών της Γενικής Διεύθυνσης Εσωτερικής Λειτουργίας της Αποκεντρωμένης Διοίκησης Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας και Ιονίου, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
7. Τις διατάξεις της **παρ. 3 του άρθρου 50 του Ν. 3528/07** «Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.»
8. Την αριθμ. **ΔΙΔΑΔ/Φ.69/117/οικ.11102/28-05-2020** εγκύκλιο του Υπουργείου Εσωτερικών σχετικά με «Ν. 4674/2020 «Στρατηγική Αναπτυξιακή Προοπτική των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Ρύθμιση ζητημάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Εσωτερικών και άλλες διατάξεις» - Ρυθμίσεις θεμάτων αδειών δημοσίων υπαλλήλων».
9. Την αριθ. πρωτ. **ΔΙΔΑΔ/Φ.51/538/12254/14-5-2007** εγκύκλιο του Υπουργείου Εσωτερικών Δ.Δ. & Αποκ/σης «Διευκρινίσεις για τη χορήγηση αδειών στους δημοσίους υπαλλήλους βάσει του νέου Υπαλληλικού Κώδικα».
10. Την αριθ πρωτ. **2/31029/ΔΕΠ/6-05-2016(ΑΔΑ:ΩΛ9ΣΗ-0ΝΜ)** εγκύκλιο του Υπουργείου Οικονομικών «Παροχή οδηγών για την εφαρμογή των διατάξεων του Κεφ. Β’ του Ν.4354/2015 (176/Α’ )»
11. Την αριθ. Επιτροπής ………../….…/……/…-….-201.. Γνωστοποίηση αποτελέσματος πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕΠΑ) Ν……....... σχετικά με ποσοστό αναπηρίας …….% για ……………. (ο ίδιος ή το τέκνο ή ο/η σύζυγος) χρόνια κατά ιατρική πρόβλεψη για χρονικό διάστημα από …………… μέχρι ………………… (ή εφ΄ όρου ζωής) του/της υπαλλήλου …………………………………κατηγορίας/κλάδου ………………… (ή του τέκνου ή του /της συζύγου).
12. Την από ……/…../2024… αίτηση του/της υπαλλήλου ………...………..………… κατηγορίας/κλάδου …………………………. με συνημμένη την γνωμάτευση του **Κ.Ε.Π.Α** του Ν. ……………. σχετικά με ποσοστό αναπηρίας με την οποία αιτείται τη χορήγηση ειδικής άδειας με αποδοχές έξι (6) εργάσιμες ημέρες, επιπλέον της κανονικής άδειας, για κάθε ημερολογιακό έτος, σύμφωνα με την παρ. 3 του άρθρου 50 του Ν. 3528/07, όπως ισχύει.

**ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ**

Χορηγούμε στον/στην υπάλληλο ……………..………………… κατηγορίας/κλάδου ……………………, **ειδική άδεια** **έξι (06) εργάσιμες** **ημέρες** με αποδοχές, επιπλέον της κανονικής άδειας, για κάθε ημερολογιακό έτος, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 50 παρ. 3 του Ν.3528/2007, λόγω ποσοστού αναπηρίας ...% (κατά ιατρική πρόβλεψη), για τους λόγους που αναφέρονται στο σκεπτικό της παρούσας για χρονικό **διάστημα από ……………-2024** **έως …………….-202…** και σύμφωνα με την αριθμ. ………… γνωστοποίηση αποτελέσματος πιστοποίησης αναπηρίας του ΚΕΠΑ Ν. ……………).

**Με εντολή Συντονιστή**

**Ο/Η αρμόδιος/α Προϊστάμενος/νη**

**…………………… ……………..**

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ**

1. Ενδιαφερόμενο/η υπάλληλο

2. Δ/νση……………………………

3. Αρμόδιο Τμήμα για ενημέρωση Α/Φ

4. ……………………………..