|  |  |
| --- | --- |
|  | Βαθμός Ασφαλείας:Να διατηρηθεί μέχρι:  |
| **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ** | **Κιλκίς, ……..-……….-……..** |
| **ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ** | **Αριθμ. Πρωτ:**  |
| **ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ** |  |
| **ΠΕΡΙΦ. Δ/ΝΣΗ Α΄/ΘΜΙΑΣ & Β΄/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ** |  |
| **ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ** |  |
| **Δ/ΝΣΗ Α΄/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΚΙΛΚΙΣ** |  |
|  |  |
| **Δ/νση**:  | Αγίου Γεωργίου 1 | **ΠΡΟΣ:** Ιατρό σχετικής ειδικότητας ή Ιατρό σχετικής ειδικότητας Υγειονομικής Δομής (δημόσιας ή ιδιωτικής) για τη γνωμάτευση ότι ο/η κατωτέρω εκπ/κός ή το μέλος ΕΕΠ-ΕΒΠ εμπίπτει στις ομάδες αυξημένου κινδύνου της ΔΙΔΑΔ/Φ.64/420/16446/17.9.2020 (ΦΕΚ 4011 Β/18-9-2020, ΑΔΑ: ΩΔΧ746ΜΤΛ6-956) ΚΥΑ  |
| **Τ.Κ.**:  | 611 00 Κιλκίς  |
| **Πληροφορίες**:  |  |
| **Τηλέφωνο**:  | 23410 - 25510  |
| **email**:  | mail@dipe.kil.sch.gr  |

ΘΕΜΑ: Παραπεμπτικό έγγραφο σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 67, παρ. 1 του ν. 4722/2020 (ΦΕΚ 177 Α')

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠ/ΚΟΥ ΄Η ΜΕΛΟΥΣ ΕΕΠ-ΕΒΠ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** |  |
| **ΟΝΟΜΑ** |  |
| **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ** |  |
| ΚΛΑΔΟΣ |  |
| ΛΕΚΤΙΚΟ ΚΛΑΔΟΥ |  |

Βεβαιώνω ότι τα καθήκοντα που ασκεί ο/η ανωτέρω εκπ/κός/μέλος ΕΕΠ-ΕΒΠ της υπηρεσίας μου είναι τα ακόλουθα:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οι συνθήκες εργασίας, που έχουν διασφαλιστεί για την προστασία της υγείας του/της ανωτέρω εκπ/κού/μέλους ΕΕΠ-ΕΒΠ της υπηρεσίας μου, προκύπτουν από τα ακόλουθα:

Πίνακας 1 - εργαζόμενοι

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Α/Α | Σχολική μονάδα [συμπληρώνεται η καθεμιά σχολική μονάδα απασχόλησης του/της εκπ/κού ή μέλους ΕΕΠ-ΕΒΠ)]  | Έκταση χώρου εργασίας (m**2**) [αίθουσα διδασκόντων (εάν υπάρχει) ή άλλη αίθουσα εργασίας]  | Αριθμός εκπ/κών και μελών ΕΕΠ-ΕΒΠ που χρησιμοποιούν ταυτόχρονα την αίθουσα  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Πίνακας 2 – μαθητές/τριες

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Α/Α | Σχολική μονάδα [συμπληρώνεται η κάθεμια σχολική μονάδα απασχόλησης του/της εκπ/κού ή μέλους ΕΕΠ-ΕΒΠ)]  | Τμήμα σχολικής μονάδας  | Έκταση χώρου εργασίας (m**2**) [αίθουσα διδασκαλίας]  | Αριθμός μαθητών/τριών [συμπληρώνεται ο συνολικός αριθμός ατόμων π.χ. μαθητές/τριες + εκπ/κός + εκπ/κός παράλληλης στήριξης]  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Λοιπές παρατηρήσεις για τις συνθήκες εργασίας (συμπληρώνεται εφόσον υπάρχουν): ………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Ελεγκτής Ιατρός ή Ιατρός Εργασίας ή άλλος/η Θέση ευθύνης

ιατρός της υπηρεσίας, εφόσον υπάρχει

 Ο/Η

 (ονοματεπώνυμο) (ονοματεπώνυμο)