|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | 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)