|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Βαθμός Ασφαλείας :Να διατηρηθεί μέχρι : |
|  | ………………….., ……..-……..-2020 |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ--- | Αρ. Πρωτ. Βαθμός Προτερ.……………….. |
| ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ Π/ΘΜΙΑΣ &Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ………………. | **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](https://diavgeia.gov.gr/doc/%C3%8E%C2%A9%C3%8E%E2%80%9D%C3%8E%C2%A7746%C3%8E%C5%93%C3%8E%C2%A4%C3%8E%E2%80%BA6-956)) ΚΥΑ |
| Δ/ΝΣΗ ΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ |  |
| ………………. |  |
| …………………………………………………………………… |  |
| ……………………………………….. |  |
| --- |  |
| Ταχ. Δ/νση: …………………………. |  |
| Τ.Κ. – Πόλη: ………… – ………………. |  |
| Πληροφορίες: ………………… … |  |
| Τηλέφωνο : …………………….. |  |
| E-mail: …………………………. |  |
| **ΘΕΜΑ:** | Παραπεμπτικό έγγραφο σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 67, παρ. 1 του ν. 4722/2020 (ΦΕΚ 177 Α΄) |



 **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠ/ΚΟΥ Ή 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/τηςεκπ/κού ή μέλους ΕΕΠ-ΕΒΠ)] | Έκταση χώρου εργασίας (m**2**)[αίθουσα διδασκόντων (εάν υπάρχει) ή άλληαίθουσα 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/τηςεκπ/κού ή μέλους ΕΕΠ-ΕΒΠ)] | Τμήμα σχολικής μονάδας | Έκταση χώρου εργασίας (m**2**) [αίθουσαδιδασκαλίας] | 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**ιατρός της υπηρεσίας, εφόσον υπάρχει*…………………………………………….(ονοματεπώνυμο) | *Θέση ευθύνης*Ο/Η …………………………………….…………………………………………….(ονοματεπώνυμο) |