|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ED  ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ,  ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  -----      ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Α/ΘΜΙΑΣ & Β/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  **………………**  ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  ……………………. |  | ***(Τόπος, ημερομηνία)***  **Αρ. Πρωτ.: ………………….** |

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ**

Από τα στοιχεία που τηρεί η υπηρεσία μας και βρίσκονται στο προσωπικό μητρώο τ… (ονοματεπώνυμο) ……….…………………………………………………….…… του (πατρώνυμο) ..……………………….., εκπαιδευτικού Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, κλάδου ΠΕ......., με Α.Μ. …………….., προκύπτουν τα παρακάτω :

**Οργανική θέση**: ……………………….…………………………………………………….

**Βαθμός: …..**

**Θέση στην οποία υπηρετεί**: ………………………………………………………………………..

**ΦΕΚ διορισμού:** …………………………

**Ανάληψη υπηρεσίας: ……………………………………**

**Αναγνωρισμένη εκπαιδευτική προϋπηρεσία :** Ε:……… Μ:………. .Η:………

**Συνολικός χρόνος εκπαιδευτικής υπηρεσίας (προ και μετά διορισμού) έως 05-06-2019**:

Ε:……… Μ:………. .Η:………

**Συνολική διδακτική υπηρεσία (προ και μετά διορισμού) έως 05-06-2019**: Ε:……… Μ:………. .Η:………

**Συνολικός χρόνος άσκησης διδακτικών καθηκόντων περιοριστικά σε σχολικές μονάδες, καθώς και στις Δ.Υ.Ε.Π. που λειτουργούν στις μονάδες αυτές ή ως παραρτήματα τους** **ή σε αυτοτελείς Σ.Μ.Ε.Α.Ε., Κ.Ε.Σ.Υ., ΚΕ.Δ.Δ.Υ. ή Κ.Δ.Α.Υ., καθώς και σε Τμήματα Ένταξης (Τ.Ε.), σε προγράμματα παράλληλης στήριξης και σε προγράμματα διδασκαλίας μαθητών στο σπίτι ή σε Κ.Ε.Α. ή Κ.Π.Ε.**, **όπου προσμετρώνται και τα διαστήματα αδειών κύησης, λοχείας και ανατροφής τέκνου, αν έχουν ληφθεί κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας του υποψηφίου στις προαναφερθείσες μονάδες/φορείς έως 05-06-2019 :** Ε:……… Μ:………. .Η:………

Η συνολική εκπαιδευτική υπηρεσία του/της έως 05-06-2019 αναλυτικά έχει ως ακολούθως:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Μονάδα ή Φορέας Υπηρέτησης** | **Τύπος Υπηρέτησης**  **( π.χ.Διάθεση, απόσπαση, με θητεία, με σύμβαση, άδεια άνευ αποδοχών,**  **κλπ)** | **Θέση Υπηρέτησης**  **(π.χ. εκπαιδευτικός, Διευθυντής Σχ. μονάδας, Υποδιευθυντής Σχ. Μονάδας, Υπεύθυνος Αγωγής Υγείας, κλπ)** | **Ημερομηνία Ανάληψης Υπηρεσίας** | **Ημερομηνία Αποχώρησης** | **Έτη** | **Μήνες** | **Ημέρες** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Μονάδα ή Φορέας Υπηρέτησης** | **Τύπος Υπηρέτησης**  **( π.χ.Διάθεση, απόσπαση, με θητεία, με σύμβαση,**  **άδεια άνευ αποδοχών,**  **κλπ)** | **Θέση Υπηρέτησης**  **(π.χ. εκπαιδευτικός, Διευθυντής Σχ. μονάδας, Υποδιευθυντής Σχ. Μονάδας, Υπεύθυνος Αγωγής Υγείας, κλπ)** | **Ημερομηνία Ανάληψης Υπηρεσίας** | **Ημερομηνία Αποχώρησης** | **Έτη** | **Μήνες** | **Ημέρες** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

* Έχει καταδικαστεί τελεσίδικα για **πειθαρχικό παράπτωμα** με την ποινή της προσωρινής παύσης σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 109 του Υπαλληλικού Κώδικα (ν. 3528/2007 Α΄ 26) . ΝΑΙ / ΟΧΙ \*
* Έχει απαλλαγεί από τα καθήκοντά του σύμφωνα με την περίπτωση β΄ της παραγράφου 1 του άρθρου 31 του ν. 4547/2018 ΝΑΙ / ΟΧΙ \*
* Αποχωρεί υποχρεωτικά από την υπηρεσία λόγω συνταξιοδότησης εντός ενός (1) έτους από την ημερομηνία λήξης της προθεσμίας υποβολής της δικαιολογητικών ΝΑΙ / ΟΧΙ \*
* Έχει γίνει επαλήθευση γνησιότητας των ακολούθων δικαιολογητικών που συνυποβάλλονται στην αίτηση:

|  |  |
| --- | --- |
| **Α/Α** | **ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Βεβαιώνεται η ακρίβεια των παραπάνω στοιχείων.

Ο/Η Διευθυντής/τρια ………….……………………

*(Υπογραφή)*